

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 40. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1988
Número 208. 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 0211-8268

Dépósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1 EDITORIAL	82
2 MAPA DE UNA REALIDAD	86
2.1 Los enfermos crónicos 88 Equipo de Profesionales del Departamento Diocesano de Pastoral Sanitaria de Sevilla	2.5 Toxicómanos y exdrogadictos: hermanos necesitados de ayuda y dedicación 98 Luis Ramírez Ruiz
2.2 Los problemas del enfermo terminal 91 Diego Gracia	2.6 Minusválidos psíquicos profundos 100 María Teresa Alía Robledo
2.3 Enfermos de SIDA 93 Isabel Cour	2.7 Los nuevos pobres: los ancianos enfer- mos 105 Jesús Zurbano, M.I.
2.4 Enfermos mentales 94 Mariano Galve	
3 ¿QUÉ HACE LA IGLESIA?: ALGUNAS RESPUESTAS	111
3.1 Comisión pontificia para los Agentes de Pastoral Sanitaria 111 José Luis Redrado, O.H.	3.4 Experiencias de la delegación de Pasto- ral Sanitaria de Tenerife con enfermos desasistidos 117 Equipo Diocesano de la Delegación de Pasto- ral Sanitaria
3.2 Creación y puesta en marcha del centro geriátrico Adolf Montaña de Granollers (Barcelona) 113 Dirección de Efermería	3.5 Los hermanos de san Juan de Dios y la atención a los enfermos más desatendi- dos y necesitados 118 Secretariado Interprovincial. Madrid
3.3 La parroquia de Santa Feliciana de Madrid y su atención a los enfermos crónicos, ancianos, toxicómanos, de SIDA... 115	
4 EL DEFENSOR DEL PUEBLO HA TENIDO CONTACTO CON EL MUNDO DEL DOLOR EN TODAS SUS MANIFESTACIONES	120
5 REFLEXIÓN SOBRE UNA REALIDAD	129
5.1 Marginación y enfermedad 130 Adolf Perinat	5.3 Puntos de vista éticos 142 Javier Elizari
5.2 Jesús y los enfermos desasistidos y nece- sitados 135 José A. Pagola	5.4 Mensaje de los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral para el Día del Enfermo 144
6 BIBLIOGRAFÍA	145
Rudesindo Delgado	

1. EDITORIAL

Intentando aclarar la sorpresa

No había ley alguna que nos obligase, a no ser la ley que la costumbre hubiera podido crear en cada uno de nosotros. Pero lo cierto es que siempre ha sido el último de los números de cada año el que asumía el papel de la monografía. Por eso, es casi seguro que la llegada de este número habrá sido saludada con tanta sorpresa como curiosidad.

Por otro lado, es probable que el tema abordado esta vez resulte ya menos sorprendente. LABOR HOSPITALARIA intuye que muchos de sus lectores son ya conocedores del lema que este año va a presentar el *Día del Enfermo-88*: «*Enfermos más desasistidos y necesitados*».

Uniendo, pues, ambos porqués —monografía y lema— parece dibujarse el origen y la finalidad de nuestra oferta. Vayamos con esta última.

Si siempre han resultado sugerentes las llamadas que los respectivos lemas de los *Días del Enfermo* celebrados hasta ahora, la de este año trasciende el ámbito de la sugerencia para convertirse en un grito, en un mazazo para la conciencia de todo ciudadano y, mucho más, de todo cristiano.

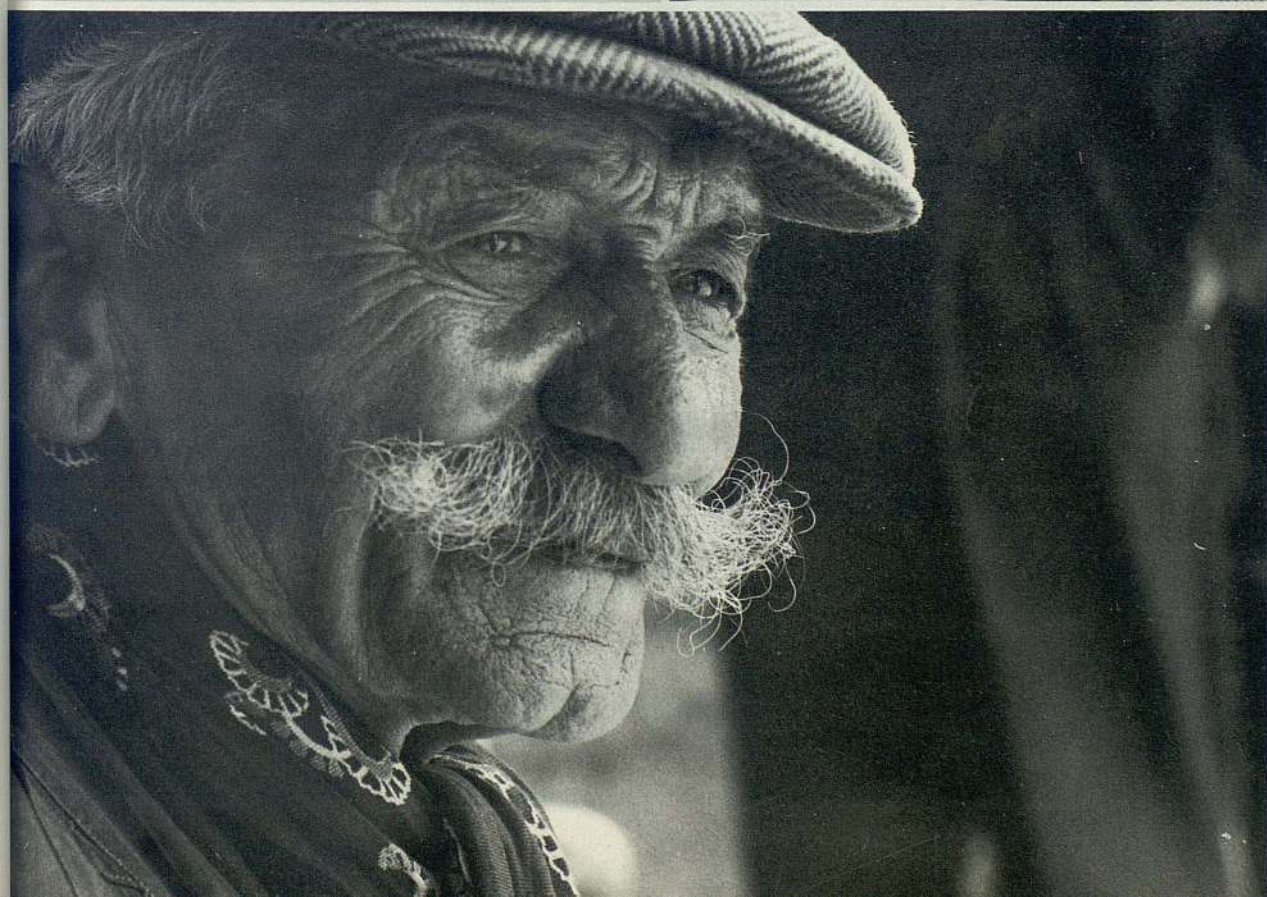
En nuestro país hay, todavía, personas enfermas que se hallan en urgente necesidad y que no son atendidas. Cifras cantan. Una voz oficial admitía la existencia de un 0,9 % de la población sin ningún tipo de cobertura sanitaria pública. Estadísticamente hablando, una miseria. Pero traducido a la vida real, revelado el frío negativo del número, la fotografía nos muestra ni más ni menos, ni menos ni más, 324.000 rostros que tienen nombres y apellidos. Personas acogidas, en el mejor de los casos, dentro de la red de beneficencia cuando resultan ser ciudadanos de un Estado de derecho que predica la igualdad.

Pero no es todo eso. Un buen contingente de personas que no engrosan esa fatídica cifra sufren diferentes tipos de desatención. Hay ancianos enfermos que malviven en la más absoluta soledad en los barrios antiguos de nuestras ciudades. Muchos de ellos tienen su cartilla de beneficiario de la SS, pero taponan la red asistencial de ésta y, a falta de soluciones más adecuadas, son enviados a sus domicilios con la máxima celeridad; cobran una pensión pero... ¡qué pensión!

Los enfermos mentales siguen sin tener los derechos que como ciudadanos les corresponden. La Ley General de Sanidad prevé su inclusión en la SS, pero hasta la fecha tan sólo es previsión. Mientras, siguen *disfrutando* de la beneficencia de las respectivas Diputaciones que no saben qué hacer con la *patata caliente* en sus manos.

Fotografía galardonada con el 3.º Premio de FOTO-PRESS 88 —Sección Naturaleza—, organizado por la Fundación Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis ("la Caixa"). Autor: Jordi Fàbregas.

*Desde la debilidad
abrimos la puerta de la vida.
Y desde la debilidad
la cerramos.
Y todo ese intermedio
no es sino debilidad
que reclama solidaridad;
solidaridad que atiende
la debilidad.*



Los drogadictos no reciben mejor trato. Nos preocupa más su detención y aislamiento —que por algo son la causa del 80 % de los delitos— que su tratamiento y rehabilitación.

Los enfermos de SIDA nos tienen perplejos. Andamos en discusión sobre su significado: ¿azote divino? ¿relajación moral? De momento el preservativo parece ser cuanta terapéutica podemos ofrecer.

Crónicos, terminales, disminuidos físicos y psíquicos profundos, niños maltratados... confeccionan una dramática lista que, paralelamente a los que engrosan las listas de espera hospitalarias, aguardan pacientemente que se les dé la atención que merecen.

Y que nadie *escurra el bulto*. La atención, en este caso des-atención, que los poderes públicos les prestan no es sino la proyección de la atención, también ahora des-atención, que la sociedad tiene con ellos. Y, por qué no, el descuido de las mismas comunidades cristianas hacia los mismos.

Son grupos no rentables, ni económica, ni política, ni, parece ser, socialmente. En consecuencia, no son significativos. Son grupos residuales. Porque una sociedad como la nuestra genera mucho residuo, demasiado.

Pastoralmente, también aparecen como grupos no rentables. No andamos sobrados de fuerzas, ni de recursos para dedicar nuestra atención pastoral a algo tan poco significativo. Así como la sociedad civil los relega al ámbito de la beneficencia, las comunidades cristianas, no pocas veces, lo hace situándolos en la esfera de la compasión sentimental, de escasa eficacia práctica y nula significación evangélica.

Habrà que replantear, en todo caso, el metabolismo de una sociedad que provoca tales *desechos*. Tal vez un tratamiento a base de cápsulas de dignidad del hombre, conjugado con inyectables de derechos humanos, nos devolviese una sociedad más sana por más justa.

Habrà que plantear, asimismo, el deslizamiento que en la comunidad de los creyentes ha sufrido el significado de quienes con Jesús fueron los verdaderos protagonistas de su mensaje: leprosos, paralíticos, endemoniados... lo perdido. Un poco de Evangelio, es decir, unas dosis de vuelta a la frescura de Jesús pueden poner a nuestras comunidades a tono.

Señalar, someramente, este estado de cosas, apelar a nuestra conciencia ciudadana y cristiana, sensibilizar nuestros corazones, invitarlos a la reflexión y a la acción coherente, era, y es, la finalidad de la oferta que hace LABOR HOSPITALARIA.

¿Y su origen, una vez conocida su finalidad? Sencillo. LABOR HOSPITALARIA y el **Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria** descubrieron casi al unísono que, ante esta situación, estaban llamados el uno para el otro. Una sencilla e insospechada sugerencia cruzada en una conversación telefónica de nuestro Director con el Delegado Nacional fue la cerilla que prendió el fuego.

Por eso, este número es el resultado de la mutua colaboración entre ambas entidades. Juntos lo planificamos, juntos lo hemos llevado a término.

LABOR HOSPITALARIA se siente gozosa de colaborar en esta campaña. Pocas veces su voz será mejor utilizada que ésta cuando se trata de ser *la voz de los sin voz*. Ojalá que, desde la humildad de su presencia, haya contribuido, siquiera, a provocar balbuceos de solidaridad y respuestas eficaces de solución de los poderes públicos de la sociedad y de la comunidad cristiana hacia *los enfermos más desasistidos y necesitados*.

LABOR HOSPITALARIA

MAPA DE UNA REALIDAD

The diagram features a stylized map of a region, possibly Spain, at the top. From the bottom edge of the map, several thick, grey, curved arrows point downwards to various categories of patients. The categories are listed in dark blue boxes with white text. The categories are: ENFERMOS TERMINALES, ENFERMOS CRONICOS, ENFERMOS DE SIDA, ENFERMOS MENTALES, ANCIANOS ENFERMOS, ENFERMOS TOXICOMANOS, and MINUSVALIDOS PSIQUICOS PROFUNDOS.

ENFERMOS
TERMINALES

ENFERMOS
CRONICOS

ENFERMOS
DE SIDA

ENFERMOS
MENTALES

ANCIANOS
ENFERMOS

ENFERMOS
TOXICOMANOS

MINUSVALIDOS
PSIQUICOS PROFUNDOS

2. MAPA DE UNA REALIDAD

Ante la pregunta de cuáles son los ENFERMOS DESASISTIDOS Y MÁS NECESITADOS podríamos intentar englobar a todos aquellos, aun los que reciben una atención técnica sofisticada, que no son cuidados con una asistencia integral y por tanto ven olvidada su personalidad por una asistencia deshumanizada. No es esta nuestra intención. En otros muchos momentos nos hemos ocupado de la necesidad de una asistencia integral que, a través de la humanización, vaya en busca de la persona humana y la atiende en todas sus facetas.

Este número va dirigido a subrayar nuestra preocupación por aquellos grupos sociales que no resultan rentables para la sociedad, y por ello los responsables de la administración de los recursos económicos no se ven impelidos a destinar cantidades significativas a su atención. Como ejemplo típico de ellos hemos escogido a los ancianos enfermos de los que se ocupa P. Zurbano.

También en esta misma categoría podríamos incluir a los enfermos terminales en los que, además, se agrega el poco aliciente científico que representa la sensación de impotencia total o hasta podría interpretarse de fracaso de la medicina. El Dr. Gracia Guillén nos da unas pinceladas significativas.

En un sentido complejo en el que participan ambos factores de poca rentabilidad y falta de aliciente científico por su monotonía y poco dinamismo, nos aparecen los enfermos crónicos, de los que se ocupa José M. Rubio.

Otros pacientes son poco atractivos en su cuidado y tienden a provocar más bien rechazo en sus cuidadores. Tales los disminuidos psíquicos profundos, de los que nos habla la Dra. M. Teresa Alía.

Otros grupos, en este mismo sentido, provocan además un rechazo por parte de la sociedad por su aparente peligrosidad en uno u otro sentido. Tales los grupos de enfermos de SIDA, de los que nos habla la Dra. Cour en un intento de definición de términos desde un punto de vista clínico. De estos pacientes LABOR HOSPITALARIA se ocupó en el último número (el n.º 1 de este mismo año) al transcribir la reunión de Ministros de Sanidad en Londres.

También incluimos unos apuntes sobre los enfermos mentales, los eternos marginados y olvidados si no es para su encierro y alejamiento de una sociedad que los teme. Mariano Galve nos da la visión de sus vivencias con ellos.

Y también aquí incluimos unas líneas de la Dra. Ramírez sobre ese grupo de personas, los toxicómanos, que son vistos

ordinariamente más por sus facetas de delincuencia que no por su naturaleza de enfermos.

Señalando estos grupos hemos querido hacer un esquema o abanico al destacar como ejemplos aquellos que son más significativos por su cuantía o por la magnitud de sus problemas. Somos conscientes de que se nos podrían señalar otros muchos casos, también lacerantes, de los que cabría ocuparse. Entre ellos queremos destacar, aunque sólo sea como ejemplo de nuestros muchos olvidos, el de los niños maltratados, no sólo en un aspecto físico de apaleamiento, sino más aún psíquico o sociológico. Es un grupo, no demasiado pequeño, de seres totalmente indefensos en los que barreras jurídicas de patria potestad impiden muchas veces una actuación adecuada. Por otra parte, el conocimiento profundo de su problema queda en gran parte oculto por su imposibilidad de gritar y de hacerse oír en un medio que les es hostil.

Los enfermos más desasistidos y necesitados

ENFERMOS ANCIANOS

- En sus casas*
 - Malas condiciones vivienda, poca ayuda familiar. Insuficiente ayuda a domicilio. Situaciones de soledad y abandono.
- En residencias*
 - Muy insuficientes en número. Mal adaptadas algunas de las que hay. Falta de control de calidad asistencial y asistencia integral.

ENFERMOS CRÓNICOS

- Hemipléjicos**
 - Minusválidos**
 - Renales**
 - Cáncer**
 - Reumáticos**
 - Diabéticos**
 - Cirróticos**
 - Asmáticos, etc.**
- Tendencia general al olvido de su existencia y necesidades. Muy pocas residencias para crónicos no ancianos; soledad, abandono, incompreensión familiar, muy escasa y deficiente asistencia a domicilio; impotencia para rehacer su vida; falta de medios económicos, humanos, culturales, laborales y profesionales.
 - Falta de programas que den respuestas específicas a las necesidades comunes y diferenciados de cada sector de enfermos crónicos.

ENFERMOS DESHAUCIADOS

- En el hospital*
 - Inadecuación del medio para ayudarles en la última etapa de la vida. Múltiples problemas asistenciales. Falta de información adecuada. Falta de intimidad, falta de compañía familiar, encarnizamiento impositivo, etc.
- En sus casas*
 - A veces, inadecuación de las viviendas; falta de preparación en las familias para ayudarles en las necesidades de todo tipo; muy escasa y deficiente ayuda pastoral; soledad.

TOXICÓMANOS; MÁS PROSTITUCIÓN; SIDA

- Enorme dificultad de superación del síndrome de dependencia; muy poca rehabilitación por falta de medios e instituciones para ello; falta de ayuda a las familias; tratamientos muy caros, poco accesibles a la mayoría; pocos centros de rehabilitación y de reinserción.

ENFERMOS DE SIDA

- Mal tratamiento informativo del tema en los medios de comunicación; educación sanitaria muy deficiente y parcial; alarmismo sin soluciones; miedo generalizado al contagio; falta de apoyo a los enfermos y sus familiares; falta de formación a los profesionales para tratarlos.

ENFERMOS MENTALES

- Provocan miedo y rechazo; ideas muy equivocadas sobre ellos; marginación por parte de casi todos, incluidos los familiares.
Los autistas y profundos no tienen cabida en ningún sitio.

ENFERMOS ALCOHÓLICOS

2.1 LOS ENFERMOS CRÓNICOS

*Equipo de Profesionales
del Departamento Diocesano
de Pastoral Sanitaria de Sevilla*

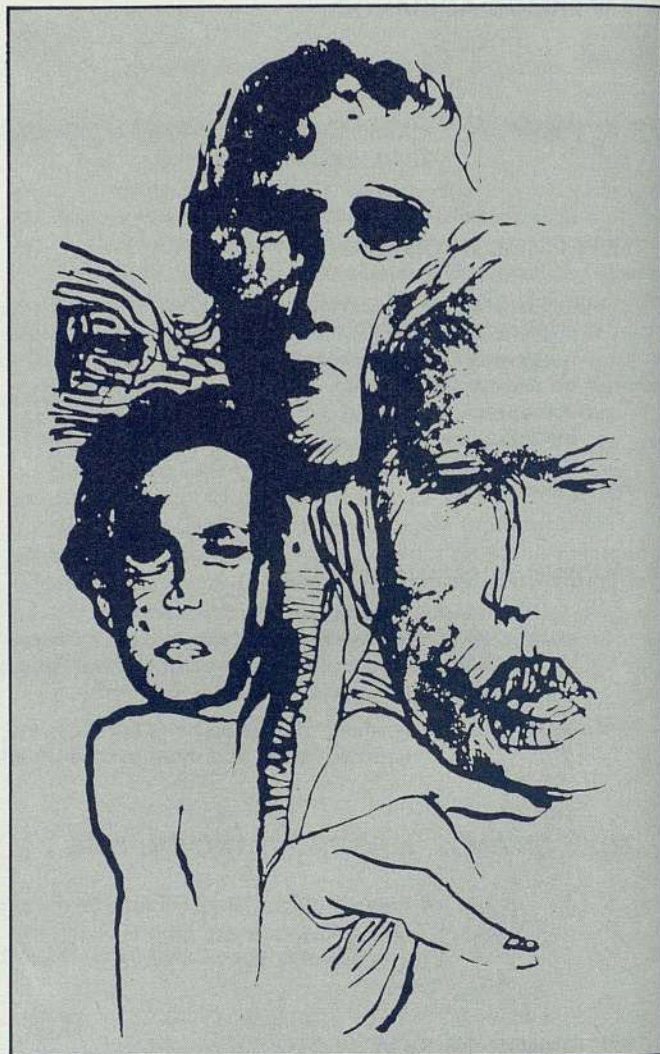
Las necesidades de nuestros enfermos crónicos, en el medio habitual en el que trabajamos, no deberían plantearse como déficit asistencial propiamente dicho, referido a términos cuantitativos, sino más bien como una pobreza de calidad asistencial determinada por diversos factores estructurales, sociales, profesionales y patológicos.

De hecho los enfermos crónicos constituyen la mayor parte de la demanda asistencial en nuestros centros sanitarios. Concretamente en Sevilla, y en cualquier servicio de medicina interna de un hospital de primer orden, los enfermos crónicos ocupan aproximadamente, el 70 % de las camas disponibles. De ese 70 %, un 50 % son enfermos con varios ingresos anteriores y que vuelven al hospital por una reagudización de su patología habitual que, en la mayor parte de los casos, podría y debería ser atendida ambulatoriamente o en centros de un nivel más inferior, ya que, generalmente, no precisan de medios especiales de diagnóstico ni terapéuticos que no puedan ser aplicados fuera de estos grandes hospitales.

Este significativo porcentaje de enfermos aumenta en algunas especialidades como neurología o aparato respiratorio donde o bien se alargan excesivamente las estancias (caso de los AVC) o bien se reiteran los ingresos, sobre todo en determinadas épocas del año, *efoc*, *asma bronquial*, etc. El resto de la patología crónica suele corresponder a enfermedades digestivas (*cirrosis hepáticas*), diabetes con complicaciones vasculares, renales o neurológicas; enfermedades cardíacas crónicas o con muy limitada calidad de vida, arterioesclerosis generalizada o secuelas del alcoholismo.

Las dificultades de atención ambulatoria determinadas especialmente por falta de medios, masificación y escaso contacto profesional-enfermo, junto con la escasa dotación de servicios periféricos de rehabilitación, la no instauración de una terapia integral de estos casos que suele quedar limitada exclusivamente a la medicación cotidiana, el control ambulatorio rutinario y el ingreso en las agudizaciones, condicionan una auténtica crisis de confianza por parte del enfermo y sus familiares en la medicina primaria y en todo lo que no sean los grandes hospitales donde ya vivieron la experiencia de la enfermedad superada por los medios técnicos abundantes y las terapias sofisticadas. De ahí que un importante porcentaje de enfermos sean crónicos que, por una situación familiar especial o una patología muy inestable, han desarrollado lo que se ha venido en denominar *dependencia* y que puede ser tanto del centro asistencial como de sus profesionales.

Esta situación se percibe con nitidez en el área de Urgencias donde acuden la mayoría de estos enfermos directamente, sin pasar por el médico de cabecera ni por la Urgencia ambulatoria y, cuando lo hacen, casi siempre es para pedir el volante de ingreso o reclamar la ambulancia. Una vez en el hospital, suelen anunciarnos que vienen a quedarse y solicitan plantas o médicos de-



terminados que ya conocieron anteriormente. Igualmente nos piden remedios concretos como el Oxígeno, la Eufilina, o incluso la UVI. Suelen ser enfermos más atentos a la solución técnica de su problema que a las situaciones de disconfort, separación o soledad a que van a verse sometidos. Son enfermos a los que nosotros mismos hemos manipulado hasta hacerlos dóciles, por su enfermedad, a las exigencias de nuestra propia deshumanización y que posteriormente llegan a deshumanizarse tanto que acuden incluso a la picaresca, a la renta y al hospitalismo como evasión de su patología o sus problemas habituales.

Vamos a intentar sintetizar la situación actual de los enfermos crónicos, con una visión integradora y didáctica que partiendo de una clarificación de conceptos busque las raíces del problema, pues ahí creemos que está la clave que nos permitirá dar una respuesta medianamente justa al desafío de los enfermos crónicos.

QUÉ ENTENDEMOS POR ENFERMO CRÓNICO

En primer lugar, hay que *definir* lo que entendemos por enfermo crónico. No está tan clara esta definición, pues tan crónica es una HTA como una enfermedad mitral, una hemiplejía consolidada o un enfermo con ostomía; sin embargo, en cada caso y dependiendo aun así de diferentes matices clínicos, personales, familiares o sociológicos, consideraremos uno u otro como crónico y desecharemos similares patologías que, al poseer otras circunstancias, se han adaptado mejor y mantienen una calidad de vida que nos llevan a separarlas definitivamente de este grupo.

Para una misma enfermedad, se suele entender por crónico aquel que está abocado a una asistencia continuada, con pobre calidad de vida que requiere ingresos reiterados o estancias largas en hospital o que necesita de la ayuda de los demás para sus necesidades más elementales o aquel que está irremediamente desechado por la terapéutica y se espera su muerte más o menos pronto.

Pero también son crónicos aquellos enfermos sin medios ni familiares que, aun sufriendo una enfermedad no absolutamente invalidante, dependen de la sociedad para defenderse de ella y acuden a los hospitales porque no tienen quien los cuide o no pueden alimentarse o no tienen dinero para adquirir los medicamentos. Y los otros que resultan ya una carga demasiado pesada en la familia y ésta acude a la sanidad pública para que se ocupe de ellos en base de un seguro que han estado pagando durante años. Pueden así convertirse en crónicos los ancianos, los disminuidos físicos o psíquicos, los vagabundos, los mendigos, los extranjeros, los parados...

En Sevilla capital hay 7.700 disminuidos físicos y 3.000 minusválidos psíquicos; se atienden diariamente más de 150 enfermos marginados, sin derecho a asistencia, en las oficinas de Cáritas y ésta misma institución ha de hacerse cargo de extranjeros que no son asistidos por la sanidad oficial ni en las casas de Socorro y que comen y se lavan en centros de la Iglesia y duermen en refugios.

Existe un hospital oncológico muy prestigioso, con un nivel de asistencia técnica y humana realmente admirable; generalmente los enfermos y familiares suelen manifestar su complacencia por el trato recibido y viven una experiencia de enfermedad bastante más llevadera que en los grandes centros masificados.

Hay tres hospitales de 2.º orden que atienden a lo que generalmente se denomina enfermo crónico, pero con matices y sin estar claramente definidas sus funciones. Son en realidad rebo-saderos de los hospitales de primer orden y, en general, aportan un trato humano muy superior y un mejor confort que aquéllos, pero están mínimamente dotados o, en el caso de San Juan de Dios, el concierto permite pagar escasamente la cama, comida y medicamentos esenciales, por lo que ante la menor complicación los enfermos vuelven a ser remitidos al centro principal. Además, tienen escasa dotación de personal, lo que acentúa aún más su pobreza asistencial.

Un número importante de enfermos crónicos, no determinados, es atendido diariamente en otros centros o instituciones profesionales (JESÚS ABANDONADO, TALITA KUM, PATRIARCA, CENTROS PARROQUIALES PERIFÉRICOS, etc.) por profesionales que trabajan generalmente solos, sin apoyo de la sanidad oficial ni de las propias estructuras diocesanas que en la mayor parte de los casos desconocen su existencia y sólo se acuerdan de ellos en situaciones conflictivas particulares como atención a drogadictos, marginados, gitanos, vagabundos, etc., solicitando algunas veces hospedaje para estos casos que nadie quiere asistir. En las III JORNADAS DE PSC de la diócesis de Sevilla, se nos comunicaron las experiencias de PP con un compromiso personal exclusivo con este tipo de enfermos. A través de ellos comprobamos las grandes diferencias entre esta sanidad marginal y la oficial. En el primer caso la motivación no suele ser precisamente la en-

fermedad como tal, sino la marginación. Han de superarse en primer lugar la falta de medios y además un gran número de problemas dependientes del personal a tratar, de la propia sociedad y de la misma sanidad que margina estos enfermos. Mientras que en la sanidad oficial el gran problema es la humanización de la asistencia, en estas instituciones marginales se suple con calor humano, ternura, amistad con el enfermo y alto nivel de confianza, la impotencia que originan la falta de medios técnicos de diagnóstico, de medicamentos, de infraestructura y de personal. En la pobreza, la presencia de Dios junto al enfermo es evidente y cercana, a diferencia de los grandes centros deshumanizados donde la fe del mejor profesional se diluye en la rutina o es sepultada por la abundancia de medios y la masificación. Surge así el gran interrogante de aquellas Jornadas ¿Es la profesionalización la causa principal de nuestra deshumanización? ¿Es que para ser un buen profesional en la sanidad oficial tenemos necesariamente que deshumanizarnos?

Entramos ya en el núcleo fundamental de esta exposición. Si de alguna manera tuviéramos que resumir la SITUACIÓN ACTUAL DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS EN NUESTRA SANIDAD habría de concretarlo en una sola palabra: INJUSTICIA.

Nuestros enfermos crónicos soportan una situación permanente de injusticia determinada por cuatro condicionantes patogénicos fundamentales: la propia enfermedad, las características de los enfermos, las limitaciones y defectos de la sanidad oficial y los vicios de práctica consolidados de los profesionales.

1. La enfermedad. Aunque existen indudables avances clínicos y estructurales que determinan una mejor protección social y un mayor conocimiento de los factores de riesgo del enfermar, hemos de reconocer que:

- La propia sociedad con específicas patologías de conducta determina la aparición de nuevas enfermedades: SIDA, DROGADICCIÓN, ACCIDENTES DE TRÁFICO, HTA, PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, etc.
- La enfermedad se valora más por su coste social, económico, etcétera, que por la auténtica dimensión de la limitación humana que origina, de empobrecimiento general del hombre como protagonista y centro de la creación.
- Existe una diferencia social, política, cultural y económica frente a la enfermedad. El progresivo encarecimiento de la Sanidad y las dificultades económicas y culturales de algunos colectivos le impiden hacer uso del derecho a la salud cuando se requieren desplazamientos, estancias largas, pago de medicamentos, terapias especiales, etc., lo que determina diferentes comportamientos frente a una misma enfermedad crónica según:
 - *Afecten o no a grupos marginados o a grupos de presión.* No es lo mismo estar enfermo en un suburbio o siendo extranjero o gitano que en un barrio residencial convenientemente dotado de asistencia.
 - *Determinen más o menos «angustia social»* y estén sometidos a la presión política de los medios de comunicación o ciertos colectivos. No es lo mismo padecer una enfermedad de *interés social* o *de moda* o a la que ciertos grupos han facilitado, con su presión y apoyo económico, un trato diagnóstico y terapéutico especial, que tener una enfermedad que a nadie preocupa por ignorancia o porque la hayamos devaluado en la rutina de cada día o en el pozo de la impotencia (cirrosis, secuelas de accidentes de tráfico, patología del medio ambiente, de la violencia, de la nutrición, de la insolidaridad...).
 - *Tengan especial interés científico o mayor rendimiento comercial.*
- La propia enfermedad determina conductas atípicas en los enfermos (dependencia de drogas, renta, paro, debilidad desproporcionada al contenido auténtico de la propia enfermedad),

y en la sociedad (angustia, miedo, marginación, despreocupación o mimetismo).

Todas estas circunstancias, adheridas al hecho de enfermar, y en general en relación inversa a la calidad de vida, estabilidad laboral, desahogo económico familiar, etc., empobrecen y debilitan la salud social que, por otro lado, se ve afectada directamente por el paro juvenil, las características peculiares de ciertos núcleos urbanos, la falta de protección social de los marginados, el fatalismo y la incultura, la escasez de recursos económicos, la insuficiente atención a crónicos, marginados, drogadictos, ancianos y disminuidos psíquicos y físicos, la falta de profesionales especializados en ciertas patologías crónicas y la existencia de grandes grupos sociales sin cobertura sanitaria.

2. Los enfermos. Estar enfermo puede suponer un alto riesgo de sufrir situaciones de injusticia en función de:

- *La desigualdad* condicionada por el entorno social existente (hay zonas mucho mejor atendidas que otras) o dependiente de las propias personas que pueden verse sometidas en diferentes casos a una asistencia digna o humillante según las circunstancias del hospital, o la masificación, la falta de camas, etc. O en función de la patología; y así suele haber enfermos *especialmente considerados* (renales, hematológicos, etc.) gracias a una mejor mentalización social o a una política de grupo bien dirigida; como hay enfermos *abandonados* por padecer una patología desagradable a la sociedad o a los profesionales ante la que se renuncia desde el primer momento a otra actitud que no sea el conformismo y el sostenimiento (bronquíticos, alcohólicos, etc.); o hay enfermos *malditos* por su especial característica de crónicos, maleducados, sucios, conflictivos, etc.; o enfermos *resignados* que sufren el pasivismo de la sociedad y de los profesionales y no luchan por sus derechos y por una atención digna.
- *La falta de una visión integral del enfermar.* Por parte de los profesionales y los organismos responsables que origina desatención de necesidades básicas en los enfermos como son la economía, la ruptura familiar, la crisis biográfica del enfermar, los derechos fundamentales a la intimidad, a la información, a la comunicación, etc.
- *La crisis actual de insolidaridad.* Responsable de conductas sociales negativas como el paternalismo, la carencia de relación afectiva, lástima, aislamiento, abandono, manipulación, intoxicación social.
- *La falta de conciencia en la Iglesia.* Limitada muchas veces a actitudes sacramentalistas negativas porque no se sabe reconocer el poder evangelizador del enfermo y no hay suficientes cristianos comprometidos con el mundo de la salud. Los que hay no tienen muchas veces una formación adecuada. Existe confusión en conceptos éticos fundamentales y falta unificación en los movimientos apostólicos, con lo que se da una imagen de diversificación y falta de eficacia.

3. La Sanidad. El diseño actual de la Sanidad aporta líneas positivas y negativas de actuación.

- *Líneas positivas.* La promoción de la salud, los programas de prevención y educación sanitaria, la formación continuada de profesionales, los nuevos criterios de centros de salud y medicina familiar y comunitaria, los intentos de fomentar algunas *actitudes humanizantes* y la valoración del hecho religioso en el momento de enfermar.
- *Líneas negativas.* El establecimiento de prioridades asistenciales a partir de criterios económicos, políticos o de clase, lo que generalmente repercute sobre los enfermos crónicos, los más débiles o los pertenecientes a los colectivos más olvidados por la sociedad o los que padecen enfermedades de escaso *eco social*.

Estas excusas *económicas* suelen también alegarse ante la evidencia de situaciones asistenciales profesional y moralmente inaceptables (hacinamiento, falta de personal, demoras, etc.).

Y tal vez por esta misma razón de economía, la administración sanitaria actual se inhibe casi siempre ante los problemas de toda índole que provoca en los más necesitados un ingreso hospitalario; o los que originan los reiterados ingresos o los desplazamientos habituales de los enfermos crónicos que, para ser atendidos económicamente, precisan de una burocracia muchas veces ignorada y por la cual, en su incultura, quedan en la mayor parte de los casos desatendidos; cuando no el enfermo, al no poder hacer frente a estos costos, se abandona en su domicilio a la asistencia mínima y básica del médico de cabecera en el que no confía y queda tan sólo a la espera de una nueva crisis que le obligue a ingresar otra vez en el hospital.

4. Los profesionales. Nos remitimos a las conclusiones de las I Jornadas de PSC (Profesionales Sanitarios Cristianos) celebradas en El Espinar y entre ellas destacamos como *determinantes patogénicos* principales, con especial repercusión en los enfermos peor atendidos: el exceso de tecnificación; la deshumanización y la crisis de insolidaridad que son comunes a toda la sociedad, enfermos y profesionales; y, por último, la crisis religiosa sostenida por la disociación fe-profesión, la falta de estudio y profundización en la bioética y la falta de conciencia y espíritu crítico del acto profesional en general.

Una vez analizadas en detalle las razones de la crisis de asistencia que soportan en la actualidad nuestros enfermos crónicos, y siguiendo una línea de exposición puramente profesional, nos quedarían por detallar los *síntomas* de esta crisis, es decir, los hechos en los que desembocan las actitudes anteriormente analizadas. Sería en exceso prolija la enumeración y, para evitar reiteraciones, hemos decidido exponer en primer lugar lo que consideramos un *modelo tipo* de situación actual de nuestros enfermos crónicos. Corresponde al informe sobre enfermos renales presentado en las reuniones de profesionales del equipo diocesano de Sevilla que ha trabajado durante todo el curso 1986-87 en la redacción de un dossier sobre la situación sanitaria en nuestra diócesis. Hemos de considerar, sin embargo, que por la especial atención que reciben los enfermos renales crónicos y por su organización, quizás habría que situarlos en un lugar de relativo privilegio con respecto a otros enfermos crónicos que, desgraciadamente para ellos, no han llegado aún a sensibilizar a la Sociedad ni a la Administración sobre sus problemas. Este informe va incluido como Apéndice II al final de nuestro trabajo.

CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS CRÓNICOS

Por último, exponemos muy sintetizadas las características sintomáticas de la asistencia a los enfermos crónicos en nuestro medio:

- *Falta de educación sanitaria* o de soportes sustitutivos adecuados como asistencia social, información, escuelas de educación especial (diabetes, etc.), centros de reunión, asociaciones, etc., para enfermos y familiares.
- *Exceso de burocracia*, aburrimiento de los enfermos y familiares cuando no amedrentamiento, obstaculización de sus derechos. Subsidios ridículos e impresentables que agobian aún más la propia crisis física del enfermar y convierten muchas veces la enfermedad en una auténtica catástrofe económica para la familia. Pérdida definitiva del trabajo, disminución familiar de la calidad de vida. Relaciones familiares comprometidas por la enfermedad que va a repercutir indirectamente en todos los miembros de la unidad. Falta de colaboración por parte de los mismos, sobreprotección. Dificultad, a veces insalvable, de reintegración laboral de los enfermos crónicos. Desintegración per-

sonal, familiar y social. Puesta en marcha de mecanismos de defensa (renta, picaresca, sobrecarga física, automarginación).

- *Falta de auténticas relaciones afectivas positivas* por parte de profesionales, familia y sociedad; progresiva marginación e ignorancia del crónico, pasivismo ante su enfermedad, prisas en la asistencia, falta de motivación, manifiestos síntomas de impotencia terapéutica en los profesionales, falta de apoyo psicológico, silencio sintomático ante preguntas concretas, ineficacia de las instituciones, escasez de profesionales especializados. Ausencia de rehabilitación efectiva que determina un crónico empobrecimiento en la calidad de vida.
- *Aislamiento del enfermo terminal.* Muerte social con toda su carga de angustia y negación en la sociedad actual. Abandono del enfermo ante una muerte indigna, impropia y siempre precipitada. Visión patológica del enfermo crónico que muchas veces es presenciado como anuncio de nuestra propia desintegración. Atención indigna al moribundo en lugares inapropiados y por personal mal preparado. Falta de conceptos éticos fundamentales en nuestra praxis médica por los que nos decidamos a adoptar actitudes terapéuticas que permitan sufrir menos y

morir mejor a nuestros enfermos cancerosos y terminales.

- Aunque existe una progresiva mentalización social, *hace falta todavía más generosidad* a la hora de donar nuestros órganos, a fin de permitir mejorar la calidad de vida e incluso salvarla en muchos enfermos crónicos.

Por último, este estudio pecaría de ambigüedad si no aportara soluciones concretas al problema de nuestros enfermos crónicos. Hemos de admitir, sin embargo, que en nuestra situación actual y limitados al tiempo de que disponemos, eso resulta poco menos que imposible. Confiados en que a lo largo de estas reuniones el trabajo en equipo será mucho más efectivo que nuestras sugerencias, os remitimos a la parte fundamental de nuestra exposición, a las raíces de la situación injusta que hemos denunciado y que está sostenida por hechos concretos referidos a la enfermedad, el enfermo, la sanidad y los profesionales. Os invitamos a meditar sobre ellos, a acentuarlos y ordenarlos porque estimamos que es ahí donde podremos encontrar el único camino para una terapéutica real y efectiva. **LH**

2.2 LOS PROBLEMAS DEL ENFERMO TERMINAL

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

La expresión *enfermo terminal* es bastante moderna. Ha surgido, según pienso, para sustituir a otras más clásicas que hoy nos parecen inaceptables. Hasta hace algunas décadas, el término que mejor definía la situación que estamos describiendo era el de *deshaucio*. El diccionario de la Real Academia Española, que toda

vía no recoge el sentido médico de la palabra *terminal*, da como segunda acepción del término *deshauciar* la siguiente: «Considerar el médico al enfermo sin esperanza de salvación». Cuando se producía el deshaucio, es decir, cuando el médico creía que la enfermedad era mortal de necesidad, dejaba de intervenir activamente, intentando curar al enfermo, y pasaba a adoptar una conducta expectante, pasiva, dejando hacer a la naturaleza su trabajo final de destrucción del cuerpo humano. A partir de ese momento la única función del médico era ya la de evitar los dolores excesivos o contener en lo posible las consecuencias externas del cataclismo final (del tipo de hemorragias, etc.).

La aparición hace algunas décadas de las técnicas de respira-



sonal, familiar y social. Puesta en marcha de mecanismos de defensa (renta, picaresca, sobrecarga física, automarginación).

- *Falta de auténticas relaciones afectivas positivas* por parte de profesionales, familia y sociedad; progresiva marginación e ignorancia del crónico, pasivismo ante su enfermedad, prisas en la asistencia, falta de motivación, manifiestos síntomas de impotencia terapéutica en los profesionales, falta de apoyo psicológico, silencio sintomático ante preguntas concretas, ineficacia de las instituciones, escasez de profesionales especializados. Ausencia de rehabilitación efectiva que determina un crónico empobrecimiento en la calidad de vida.
- *Aislamiento del enfermo terminal.* Muerte social con toda su carga de angustia y negación en la sociedad actual. Abandono del enfermo ante una muerte indigna, impropia y siempre precipitada. Visión patológica del enfermo crónico que muchas veces es presenciado como anuncio de nuestra propia desintegración. Atención indigna al moribundo en lugares inapropiados y por personal mal preparado. Falta de conceptos éticos fundamentales en nuestra praxis médica por los que nos decidamos a adoptar actitudes terapéuticas que permitan sufrir menos y

morir mejor a nuestros enfermos cancerosos y terminales.

- Aunque existe una progresiva mentalización social, *hace falta todavía más generosidad* a la hora de donar nuestros órganos, a fin de permitir mejorar la calidad de vida e incluso salvarla en muchos enfermos crónicos.

Por último, este estudio pecaría de ambigüedad si no aportara soluciones concretas al problema de nuestros enfermos crónicos. Hemos de admitir, sin embargo, que en nuestra situación actual y limitados al tiempo de que disponemos, eso resulta poco menos que imposible. Confiados en que a lo largo de estas reuniones el trabajo en equipo será mucho más efectivo que nuestras sugerencias, os remitimos a la parte fundamental de nuestra exposición, a las raíces de la situación injusta que hemos denunciado y que está sostenida por hechos concretos referidos a la enfermedad, el enfermo, la sanidad y los profesionales. Os invitamos a meditar sobre ellos, a acentuarlos y ordenarlos porque estimamos que es ahí donde podremos encontrar el único camino para una terapéutica real y efectiva. **LH**

2.2 LOS PROBLEMAS DEL ENFERMO TERMINAL

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

La expresión *enfermo terminal* es bastante moderna. Ha surgido, según pienso, para sustituir a otras más clásicas que hoy nos parecen inaceptables. Hasta hace algunas décadas, el término que mejor definía la situación que estamos describiendo era el de *deshaucio*. El diccionario de la Real Academia Española, que toda

vía no recoge el sentido médico de la palabra *terminal*, da como segunda acepción del término *deshauciar* la siguiente: «Considerar el médico al enfermo sin esperanza de salvación». Cuando se producía el deshaucio, es decir, cuando el médico creía que la enfermedad era mortal de necesidad, dejaba de intervenir activamente, intentando curar al enfermo, y pasaba a adoptar una conducta expectante, pasiva, dejando hacer a la naturaleza su trabajo final de destrucción del cuerpo humano. A partir de ese momento la única función del médico era ya la de evitar los dolores excesivos o contener en lo posible las consecuencias externas del cataclismo final (del tipo de hemorragias, etc.).

La aparición hace algunas décadas de las técnicas de respira-



ción asistida, y tras ellas de las unidades de cuidados intensivos, ha acabado con la conducta expectante ante los moribundos, y por tanto también el deshaucio. Ese antiguo grupo hoy se ha dividido en dos, denominados, respectivamente, *enfermos críticos* y *enfermos terminales*.

Por *enfermo crítico* (*critically ill patient*) se entiende aquel que sufre un proceso agudo muy grave, que compromete su vida pero que es reversible. Castellanzando una terminología muy usual en los Estados Unidos, puede denominárselos enfermos ACRE (que son las iniciales de Agudos, en situación Crítica, Reversible y de Eficaz diagnóstico y tratamiento). Los enfermos ACRE son los candidatos idóneos a las unidades de cuidados intensivos. En ellos es necesario extremar no sólo el cuidado (*care*) sino también el tratamiento (*cure*).

Completamente distinta es la situación de los *enfermos terminales*. Estos tienen también comprometida su vida por la enfermedad, pero de modo irreversible. Castellanzando de nuevo la clasificación de Albert Jonse, los podemos denominar enfermos CID (iniciales de enfermedad Crítica, Irreversible y Deletérea o mortal). Todas las enfermedades CID son por definición *terminales*, pero sólo cuando se trata de una enfermedad crónica que ha entrado en fase aguda terminal, hablamos de *fase terminal*. Este es el caso más frecuente. Se trata de personas afectadas de neoplasias, nefropatías, cardiopatías, etc., que durante meses o años han convivido con su enfermedad, pero que en un determinado momento han sufrido un proceso de agudización de carácter irreversible y mortal. Es entonces cuando se habla de *fase terminal* de una enfermedad, o de *enfermo terminal*. En el ámbito de las enfermedades agudas no es usual hablar de enfermos terminales.

De lo dicho se deduce que la enfermedad terminal puede caracterizarse como la fase aguda de un proceso crónico. En el curso de las enfermedades crónicas —diabetes, cáncer, insuficiencia renal, etc.— hay fases de agudización, que son auténticos cataclismos biológicos y requieren tratamientos especiales. Pues bien, puede definirse la fase terminal como la descompensación o el cataclismo de una enfermedad crónica que va a poner término a la vida del paciente. El derrumbe biológico lleva consigo un desvalimiento general. Las personas en esta fase necesitan mayor ayuda que nunca. Pero además la necesitan de otra manera. Esta ayuda ha de realizarse en tres órdenes: el sanitario, el institucional y el humano.

ASISTENCIA SANITARIA

Son enfermos que por definición no pueden curarse. Carece, pues, de todo sentido seguirles prestando un tipo de asistencia médica que tenga por objetivo su curación (*cure*). Pero por ello mismo los cuidados (*care*) cobran una especial importancia. Entre estos cuidados están el aseo personal, la movilización frecuente, el tratamiento del dolor, de la dificultad respiratoria, la hidratación, etc. Que es cuidado, a diferencia de tratamiento curativo, es bien simple: los tratamientos curativos intentan ayudar a *bien vivir*; los cuidados tienen por objeto ayudar a *bien morir*.

ASISTENCIA INSTITUCIONAL

Este es un tema de la máxima importancia, y desdichadamente poco atendido y mal resuelto. Es bien sabido que el sistema sanitario pone siempre en el centro de su atención a los enfermos agudos y recuperables, es decir, a los ACRE. La tecnología sanitaria hace que éstos superen en la mayoría de los casos en poco tiempo su problema biológico, reintegrándose a la vida normal

y al proceso de producción. De ahí que la asistencia sanitaria a estos enfermos sea por lo general muy rentable. Los beneficios compensan casi siempre con creces los gastos realizados. Lo contrario sucede con los enfermos crónicos, y en particular con los terminales. Aquí la tecnología sanitaria tipo UCI no tiene mucho que hacer, y por otra parte los gastos no se verán nunca compensados por los beneficios. Esto explica por qué el sistema sanitario no quiere en sus hospitales de agudos o en sus unidades de cuidados intensivos a estos pacientes. Tampoco para los enfermos son los lugares ideales, ya que las normas higiénicas (lógicas en hospitales *cure* les impiden el contacto con sus seres queridos, etc. De ahí la necesidad de establecer instituciones específicas, tipo *Hospice* y similares. Es razonable pensar que la institución lógica en la que el paciente terminal debe pasar los últimos momentos de su vida es su casa y su familia. Pero no siempre es esto posible. Entre la familia y el hospital de agudos, parece que deberían estar los *Hospices*, de tan buen resultado en otras áreas geográficas.

ASISTENCIA HUMANA

No es preciso recordar aquí cosas tan evidentes como que el enfermo terminal debe poder estar cerca de sus allegados y personas queridas. Esto es obvio, por más que se haya incumplido sistemáticamente en nuestros hospitales en los últimos quince o veinte años. Pero sí creo conveniente recordar que los enfermos terminales tienen algunos derechos que nadie puede usurparles. Uno es el derecho a expresar su última voluntad, y por tanto a hacer testamento y disponer de sus bienes, ante notario o ante testigos. Otro es el derecho a redactar un *testamento biológico* (*living will*), y por tanto a su última voluntad a propósito de su muerte, negándose, por ejemplo, a que utilicen con él medios extraordinarios, del tipo de respiradores, desfibriladores y maniobras de reanimación. Y, finalmente, no debe olvidarse que todo enfermo tiene derecho a recibir asistencia religiosa, si ése es su deseo.

Quiero finalizar recordando unas ideas de Karl Jaspers, un escritor alemán que reunió en su persona la triple condición de médico, enfermo crónico y filósofo. Esto le permitió reflexionar muy profundamente sobre el hecho de la muerte. Dice Jaspers que en la vida de todo hombre hay unas situaciones especiales, las que él llama *situaciones-límite*, en las que el ser humano parece traspasar el horizonte de lo cotidiano y *tocar fondo*. Hay situaciones privilegiadas, efectivamente, en las que los hombres creemos tocar fondo. Esto sucede, por ejemplo, en las experiencias profundas de amor. Gran parte de la poesía se ha consagrado a describir este profundísimo fenómeno. Por eso el amor es, dice Jaspers, una situación límite en la que el hombre toca el fondo de la existencia y se abre al horizonte de la trascendencia. Esta trascendencia puede ser religiosa, pero puede no serlo. En cualquier caso, parece claro que estas experiencias abren al hombre al horizonte de las ultimidades. Pues bien, esto que sucede con el amor, se da también en otras situaciones, como el sufrimiento y, sobre todo, la muerte. Es curioso que los hombres tendamos a considerar la vida del enfermo terminal como devaluada, como un mero residuo que ya casi no tiene valor. Jaspers piensa, y con él otros muchos psicólogos, que, muy al contrario, el hombre puede vivir su propia muerte como uno de los momentos más auténticos y profundos de su vida. Lejos de ser una vida devaluada, puede resultar uno de los pocos momentos de plenitud de toda una larga existencia. De ahí el respeto casi religioso que deben merecernos siempre estos enfermos. La muerte es quizá el momento más importante de la vida.

LH

2.3 ENFERMOS DE SIDA

Isabel Cour

Profesora Adjunta de Microbiología
de la Facultad de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una enfermedad infecciosa producida por el virus VIH. Para la OMS, el SIDA, con sólo 6 años de historia, es uno de los más importantes problemas de salud pública.

HISTORIA

Su historia comienza con la detección simultánea de un cáncer poco frecuente —sarcoma de Kaposi—, y una neumonía intersticial producida por un microorganismo que no afecta a individuos con defensas bien desarrolladas —*pneumocistis carinii*—, en varios individuos homosexuales de Los Ángeles y San Francisco. Aparecen nuevos casos, pero siempre en individuos que presentaban factores especiales, como ser drogadictos por vía intravenosa (ADVP), y/o hemofílicos politransfundidos; lo que lleva a pensar que se trata de una nueva enfermedad producida por un agente infeccioso, quizá un virus, ya que los filtrados de sangre —que no dejan pasar las bacterias—, transmiten la enfermedad.

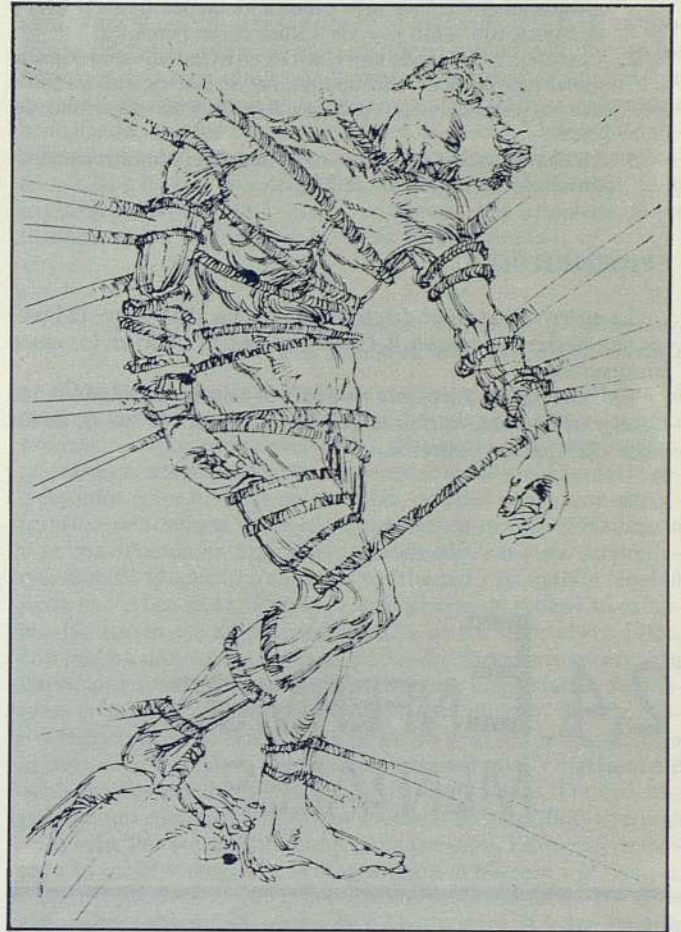
A finales del año 1981 se detectan los primeros casos en Europa y progresivamente en otros continentes. Pronto se comprueba la transmisión madre-hijo.

CONCEPTO

La nueva enfermedad recibe el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por presentar todos los enfermos un déficit selectivo a nivel de la inmunidad celular.

ETIOLOGÍA

Se barajan varias hipótesis sobre la naturaleza del agente causal. A principios de 1982, Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, postula la teoría de que pueda tratarse de un virus de la familia Retroviridae, que se caracterizan por producir destrucción de los linfocitos. En 1983, Montagnier, del Instituto Pasteur de París, aísla el virus causal al que llama LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), y un año más tarde Gallo demuestra que ese virus es el agente etiológico de la enfermedad, dándole el nombre de HTLV III (Human T-cell Lymphotropic Virus variant III). Se trata de un virus de la familia Retroviridae al que recientemente el Comité Internacional sobre Taxonomía de los Virus ha denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).



TRANSMISIÓN

El virus ha sido aislado en diversas secreciones humanas: saliva, lágrimas, semen, secreciones vaginales, etc.; aunque sólo se transmite vía *sexual*, vía *hemática* y vía *perinatal*. Se trata de un virus muy frágil, que se inactiva rápidamente por el calor, necesitando por tanto de un contacto íntimo y prolongado para su difusión. Ello hace que sea una infección que se presente en individuos con ciertos factores de riesgo, como son: los homosexuales/bisexuales, ADVP, hijos de madres infectadas. Pero la rápida difusión de la enfermedad explica que pronto la transmisión pueda realizarse por contacto heterosexual.

PATOGENIA

Una vez efectuado el contagio, el virus difunde por los linfocitos, en donde se multiplica por un proceso *sui generis*, en el que el genoma del virus se integra en el genoma de la célula huésped, quedando en estado latente. Ante cualquier estímulo, el virus se reactiva multiplicándose activamente en los linfocitos, a los que

destruye en su proceso de multiplicación, dando lugar a un déficit de linfocitos y, como consecuencia, a una alteración de la inmunidad celular. Esta alteración es la causa de los múltiples procesos infecciosos y cánceres que sufren estos enfermos.

Desde que el virus infeccioso entra en el organismo hasta que se desencadena el cuadro de SIDA, pasa un tiempo que oscila entre 2,5 y 10 años. Pudiendo separar lo que se denomina:

1. Estado de portador asintomático: individuo que no tiene manifestaciones clínicas, pero posee anticuerpos frente a VIH y es contagioso tanto por vía sexual como hemática.
2. Complejo relacionado con el SIDA (ARC): individuo con síntomas inespecíficos: adenopatías, fiebre, diarrea, etc., que pueden ser considerados como prodrómicos del desarrollo del SIDA.
3. SIDA: individuo que reúne todas las determinantes contenidas en la definición de SIDA.

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad sigue creciendo de forma alarmante. 123 países han declarado casos a la OMS y se ha detectado en los cinco continentes.

En Europa, en diciembre de 1986, se habían detectado 4.549 casos y en España, en marzo del presente año, 357 casos, de los cuales 219 habían fallecido.

2.4 ENFERMOS MENTALES

Mariano Galve

*Responsable de la Comisión Nacional de Pastoral Sanitaria de Enfermos Mentales.
Redactor de LABOR HOSPITALARIA*

LA HERRAMIENTA

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia Internacional de Nueva York, definió la tan conocida frase de lo que es la salud: «Un estado de completo bienestar físico, mental y social».

Jordi Gol, hace 10 años, en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, definió la salud con la también conocida frase de: «La salud es una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa».

Concretando a la salud mental, y en negativo, yo diría: «El enfermo mental es aquel que ha fracasado en la construcción de su vida».

Pero, con el fin de hacer operativas las definiciones, me atreveré a explicar la salud y/o enfermedad mental con dos ejemplos tomados de las ciencias naturales.

Por ciudades el mayor número de casos corresponde a Madrid con 92, seguida de Barcelona con 64 y Vizcaya con 96.

En nuestro país, al igual que en Italia, el colectivo más afectado es el de los AVDP, grupo que, a diferencia de los homosexuales, responde mal a las medidas de divulgación, para la prevención de la difusión de la infección. Así, en Estados Unidos, el país que hasta ahora ha declarado mayor número de casos —28.098 a 12 de diciembre del 86— parece detectar una disminución del incremento en este colectivo; lo que quiere decir que este grupo ha empezado a tomar medidas de precaución. Los AVDP, además, presentan el peligro de la transmisión heterosexual, con lo que puede infectar también a mujeres y éstas a su vez, a sus hijos, en caso de quedar embarazadas.

PREVENCIÓN

La prevención del SIDA, enfermedad de alta letalidad, ante la cual no existe tratamiento eficaz ni vacunación adecuada, se basará fundamentalmente en *evitar su transmisión*. Para ello son necesarios los esfuerzos coordinados de los estamentos sanitarios y políticos con objeto de informar de modo claro y concreto cómo difunde la enfermedad, así como realizar campañas de educación en la población general y en el personal sanitario. **LH**



destruye en su proceso de multiplicación, dando lugar a un déficit de linfocitos y, como consecuencia, a una alteración de la inmunidad celular. Esta alteración es la causa de los múltiples procesos infecciosos y cánceres que sufren estos enfermos.

Desde que el virus infeccioso entra en el organismo hasta que se desencadena el cuadro de SIDA, pasa un tiempo que oscila entre 2,5 y 10 años. Pudiendo separar lo que se denomina:

1. Estado de portador asintomático: individuo que no tiene manifestaciones clínicas, pero posee anticuerpos frente a VIH y es contagioso tanto por vía sexual como hemática.
2. Complejo relacionado con el SIDA (ARC): individuo con síntomas inespecíficos: adenopatías, fiebre, diarrea, etc., que pueden ser considerados como prodrómicos del desarrollo del SIDA.
3. SIDA: individuo que reúne todas las determinantes contenidas en la definición de SIDA.

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad sigue creciendo de forma alarmante. 123 países han declarado casos a la OMS y se ha detectado en los cinco continentes.

En Europa, en diciembre de 1986, se habían detectado 4.549 casos y en España, en marzo del presente año, 357 casos, de los cuales 219 habían fallecido.

2.4 ENFERMOS MENTALES

Mariano Galve

*Responsable de la Comisión Nacional de Pastoral Sanitaria de Enfermos Mentales.
Redactor de LABOR HOSPITALARIA*

LA HERRAMIENTA

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Conferencia Internacional de Nueva York, definió la tan conocida frase de lo que es la salud: «Un estado de completo bienestar físico, mental y social».

Jordi Gol, hace 10 años, en el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, definió la salud con la también conocida frase de: «La salud es una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa».

Concretando a la salud mental, y en negativo, yo diría: «El enfermo mental es aquel que ha fracasado en la construcción de su vida».

Pero, con el fin de hacer operativas las definiciones, me atreveré a explicar la salud y/o enfermedad mental con dos ejemplos tomados de las ciencias naturales.

Por ciudades el mayor número de casos corresponde a Madrid con 92, seguida de Barcelona con 64 y Vizcaya con 96.

En nuestro país, al igual que en Italia, el colectivo más afectado es el de los AVDP, grupo que, a diferencia de los homosexuales, responde mal a las medidas de divulgación, para la prevención de la difusión de la infección. Así, en Estados Unidos, el país que hasta ahora ha declarado mayor número de casos —28.098 a 12 de diciembre del 86— parece detectar una disminución del incremento en este colectivo; lo que quiere decir que este grupo ha empezado a tomar medidas de precaución. Los AVDP, además, presentan el peligro de la transmisión heterosexual, con lo que puede infectar también a mujeres y éstas a su vez, a sus hijos, en caso de quedar embarazadas.

PREVENCIÓN

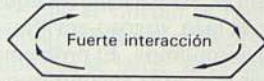
La prevención del SIDA, enfermedad de alta letalidad, ante la cual no existe tratamiento eficaz ni vacunación adecuada, se basará fundamentalmente en *evitar su transmisión*. Para ello son necesarios los esfuerzos coordinados de los estamentos sanitarios y políticos con objeto de informar de modo claro y concreto cómo difunde la enfermedad, así como realizar campañas de educación en la población general y en el personal sanitario. **LH**



Estructura de diamante

De forma hexagonal, la estructura del diamante presenta las características de:

- Una fuerte cohesión.
- Un alto dinamismo interactivo entre sus elementos.
- Una gran estabilidad, dureza e inalterabilidad en su composición.

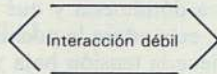


Si tuviéramos que aplicar esta estructura a la construcción de la identidad, o del yo, diríamos que tiene *estructura de diamante* aquel que ha conseguido «una identidad estable, fuertemente cohesionada en sus elementos, aunque con una intensa interacción entre ellos; identidad que se confirma y se robustece con los acontecimientos y los cambios».

Estructura de grafito

También con estructura hexagonal, el grafito, en cambio, presenta cualidades contrarias:

- Escasa cohesión.
- Debilidad en las uniones.
- Fragilidad suma frente a cualquier movimiento o cambio del medio.

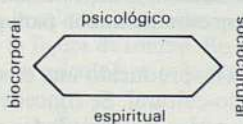


Así, si también tuviéramos que aplicar esta estructura a la formación de la identidad, o del yo, diríamos que tiene *estructura de grafito* aquel que presenta «una identidad débil, de escasa cohesión de sus componentes, con poca interacción de sus partes que están muy disociadas entre sí; identidad tan frágil que puede romperse en momentos de crisis y que soporta mal cualquier cambio socio-cultural-vivencial-biográfico».

Los componentes o elementos

1. El elemento bio-corporal <
2. El elemento psicológico _____
3. El elemento socio-cultural >
4. El elemento religioso _____

La totalidad de la identidad



LAS PATOLOGÍAS DE LA IDENTIDAD

Patologías debidas a una mala formación de las estructuras

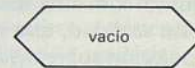
Por una falta, o carencia, en la construcción de los elementos estructurales

Es el caso de aquellos enfermos mentales que sólo han podido construir un rudimentario esquema de estructura personal. En

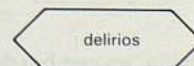
lo mental, serían como personas raquílicas, malformadas. En ellos predominan los modos y maneras de ser —identidad— de tipo corporal. Lo que es lo mismo: su psicología, su mundo socio-cultural y sus significaciones vitales se agotan y se consumen en el segmento corporal. Como el *paciente A*, de 23 años, que ya lleva 3 años viviendo en su cama, sin comunicación con el exterior, sin que la necesidad de movimiento o exploración del mundo le sea necesaria. Consumido y agotado, reducido a las paredes de su cuarto, en donde ha construido un micro-mundo autista y solitario. Cuando habla sólo lo hace desde el sexo o la agresión. Para él no existe más mundo ni más vida que la de su propia corporeidad, como un espacio donde sólo se manifiestan los impulsos más elementales de la destrucción y de la satisfacción corporal. No ha podido acceder a una *vida transitiva*, al lenguaje socializado, ni a los valores culturales, ni a una finalidad de significado. Para él no existe la razón, ni los otros, ni los significados. Y, si hay algo de inteligencia, relación o significación, todo es consumido y devorado por las instancias más primarias de los instintos en su forma más cruda de la corporeidad. <

Patologías debidas, no al logro formal de la estructura, sino a la finalidad vital que deben cumplir

Autistas y catatónicos. Estos pacientes presentan hacia el exterior una estructura de diamante. Impresionan por su solidez monolítica y por su inaccesibilidad. Sus elementos, el biológico, psicológico, social y religioso aparecen soldados, rígidamente entrelazados entre sí. Diría yo que sería, en estos casos, una estructuración *por defensa*. En algún momento de su vida cristalizaron y se convirtieron en algo físico, inanimado, sin vida. Impresionan cuando te acercas a ellos por su frialdad y su lejanía. No dan nada ni reciben nada. Tampoco son capaces de retener ni asimilar. No tienen esa mutualidad afectiva de los seres vivos. Ellos, con mucho acierto, han sido llamados *las fortalezas vacías*, con impresionantes muros exteriores, pero dentro no hay nada. Su aparente cohesión monolítica esconde la nada interior. Sus elementos estructurales no interactúan de modo vital; no se llaman uno al otro, ni se necesitan ni reclaman; están formal y rígidamente soldados, tan poco flexibles que se pueden quebrar. Por eso, huyen de todo cambio, de todo movimiento, de todo flujo y reflujo de la vida. Por eso se aíslan en su cascarón vacío. Ellos están muertos a lo social-vivencial, a lo biográfico, a la historia y al tiempo. Como el *paciente B* que decía que sus hijos tenían 11 y 9 años —cuando, en realidad, tenían 31 y 33— porque él había parado su reloj en el mismo momento en que la violencia de la enfermedad psicótica le había cristalizado.



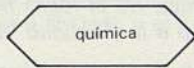
La locura. Para los entendidos, la locura siempre ha sido el intento de construir una vida sin contar con la realidad. Es la pretensión de acceder a la fortaleza del yo al margen de la realidad. Cada día veo más casos de hombres y mujeres que se refugian en la locura *porque son incapaces de soportar lo real*. El mundo, la historia y la vida suponen tal riesgo y desafío que necesitan evadirse en fantasías delirantes, hazañas grandiosas. Sus delirios son tan lejanos de lo real que necesitan del lenguaje cifrado, simbólico y cabalístico. Del mismo modo, sus conductas son atípicas, curiosas y variopintas.



Las toxicomanías y drogodependencias. Detrás de cualquier toxicómano se encuentra el «proyecto de acceder, por medios

artificiales —normalmente químicos— a la sensación euforizante de unidad y fortaleza del yo». Del mismo modo que el catatónico y el que se refugia en la locura, el toxicómano tiene dificultades reales en la construcción de su identidad. Lo mismo que ellos, conserva los elementos de su estructuración hexagonal; pero, a diferencia de ellos, su cristalización sólo es posible en una alta dependencia de un producto externo específico. Las sustancias químicas, con alto poder euforizante, tienen el poder de acceder a sensaciones de encajamiento y de felicidad, sin tener que pasar por las obligadas mediaciones de los logros, las disciplinas y las metas. Los paraísos no son ya futuros, sino al alcance de la mano, ahora, ya. No es de extrañar que el adicto tenga verdaderas dificultades de tolerar, esperar y renunciar cuando en cualquier esquina puede —la dificultad aparece cuando no puede— comprarse y concederse la felicidad.

Autistas, locos y toxicómanos presentan todos una aparente fortaleza del yo y de la identidad. Pero habría que subrayar el adverbio *aparente*. Todos ellos se han estructurado, no desde la vida ni desde la realidad, sino desde la defensa y la fantasía. En esa misma medida, aunque presenten una estructura tipo diamante, estarán siempre amenazados, con el serio peligro de ser destruidos.



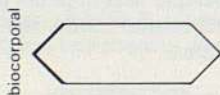
Patologías debidas al predominio de uno o varios segmentos, con la fragilidad de los restantes

Con cierta aproximación podríamos decir que todas estas patologías se establecen por una debilidad interna en algún elemento/os de la estructuración de la identidad. Algo así como una estructuración en grafito. Estas patologías suelen ser más suaves que las anteriores debido a que existe una cierta fluidez —aunque sea relajada— entre los diversos segmentos de la identidad. En ese mismo sentido, no están sometidos a las drásticas u expeditivas defensas y frenazos de las identidades mal construidas en forma de diamante. También, y por último, es en ellos donde se cometen las malpraxis médicas más numerosas; con lo que caerían en el apartado de *los más desasistidos*.

Para expresar lo que quiero decir, será mejor poner ejemplos. *Dominio del segmento biológico-corporal:*

Paciente C. Me viene derivado para consulta. Alcohólico de 37 años, con señales de posible lesión tóxica en cerebro que le impide expresarse con facilidad. Ha sido tratado por un psiquiatra célebre a base de la química habitual: gotas de Colme, Huberplex y Dormodor, junto con otro medicamento de efectos secundarios peligrosos. En realidad, este medicamento posee la capacidad de crear una adicción sobreañadida a la del alcoholismo. En efecto, el paciente presenta una gran dependencia respecto a su psiquiatra que, por otro lado, le ha sacado medio millón de pesetas en 20 días de internamiento particular.

En la exploración terapéutica, además del peligro de la adicción, me encuentro con una personalidad débil (segmento psicológico), con un encuadre socio-cultural alto, pero que desconfían de él, se ríen de él y nadie le ha tomado, de verdad, en serio. Tiene, además, problemas en la significación de su vida (segmento religioso).

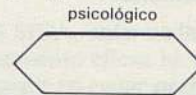


Pacto con él, y su familia, un cambio de abordaje, de médico y de tratamiento. Después de 1 año, se encuentra mejor, porque ha podido integrar, y ser atendido, en todas sus vertientes: somáticas, psíquicas, sociales y religiosas.

Es el típico caso, tan frecuente, de abordar sólo el problema desde el ángulo de la medicación, provocando un cortocircuito reduccionista que, a la larga, es siempre mortal.

Paciente D. No la llegué a conocer, pero supe de ella por uno de sus familiares. Por los datos que me proporcionaba podía hacerme idea del sufrimiento de esta mujer de 45 años. Todas sus demandas, sus gritos y sus actings, se estrellaban con el prejuicio de su psiquiatra: Según él, «la paciente necesitaba enfrentarse consigo misma, romper el lazo viscoso-vidioso con su hermana, y realizarse de modo autónomo». El problema estaba en que ella no podía hacerlo; por eso, se la encontraron muerta después de tres días que se había tirado al río.

Aquí, se había primado el aspecto psicológico, habiéndolo desconectado de los restantes segmentos. Esta mujer hubiera necesitado un abordaje medicamentoso que le hubiera sosegado corporalmente, junto con un apoyo de su familia inteligente, para poder dar un sentido y significación a su vida.

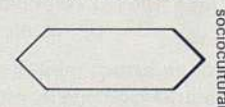


Paciente E. Me lo encuentro en el vestíbulo de mi hospital, en estado estuporoso. Viene acompañado por la guardia civil, y viene esposado. Aquella misma tarde, según me cuentan, acaba de matar a su hija clavándole unas tijeras. Inmediatamente se ha presentado él mismo al cuartel de la guardia civil, diciendo: «he matado a mi hija». Ahora se encuentra ausente, completamente inconsciente respecto a dónde está y qué ha hecho. Hablo con el equipo asistencial y, echándose la noche, les digo que lo duerman. Me dicen que tiene la tensión baja y que puede presentar dificultades a la indicación de los sedantes. Sugiero que, en este caso, procuren estar presentes por si se despierta. A la mañana siguiente soy el primero que habla con él. Con infinitas precauciones va rondando los acontecimientos del día anterior, necesita hablar de ello, pero siempre se detiene frente a la dura realidad del hecho de la muerte de su hija. Es capaz de decirme que está grave, que ha sido un suceso terrible. Y se queda ahí, suspendido, sin que se atreva a concienciar y decirme «que él la ha matado». Debo de marchar fuera de mi hospital unos días, a Madrid, y le indico que volveré a verle a mi regreso. Lo encuentro obsesionado, mientras tanto, por el miedo de ir a la cárcel, y me da detalles precisos de lo que allí le espera. Yo sé que se está debatiendo, en su interior, una dura batalla: la del reconocimiento de la verdad de lo que ha hecho y, su contrario, la negación ante el temor de ir a la cárcel. Es ese momento terrible en que se decide por la locura o el delito; por la cárcel o el hospital psiquiátrico.

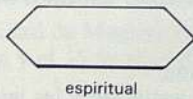
A mi vuelta, me encuentro con un fenómeno terrible: el paciente E ha hecho un proceso elaborativo intermedio. Se jacta, de modo despectivo, de que su hija se merecía la muerte y, orgulloso, él había sido capaz de hacerlo. De este modo, él se libraba de la culpa, no concienciando la terrible realidad de lo que había hecho y, también así, se envalentonaba para poder sufrir exteriormente el castigo.

En el paciente E se ha producido una cristalización psicopática en el segmento socio-cultural. Se concede el derecho subjetivo de una conducta que todas las sociedades castigan y repudian. Negando las más elementales leyes del segmento psicológico y espiritual, ha destruido todo, también lo corporal, de uno de sus semejantes, y además significativamente semejante.

No he vuelto a saber de él. Pero, si no ha habido ninguna movilización en sus estructuras, el paciente E se condena a atrincherarse en su valor socio-cultural psicopático, sin poder acceder a verdades más solidarias y racionales.



Pacientes F. Los pongo en plural, porque son innumerables. Abundan en nuestra sociedad. Son aquellos a quienes les falta dar un sentido a su vida y, si lo dieron, ahora vuelven atrás, y rompen ese significado y esa finalidad que dieron a sus vidas. Me refiero a tantos hombres y mujeres que han roto su vínculo matrimonial o que han dejado su pertenencia al sacerdocio o a la vida religiosa. Al hablar de segmento espiritual, necesariamente hay que hacerlo, de modo real, a base de vínculos y de compromisos. Cuando sucede que el vínculo se rompe o que ya no es posible mantener un compromiso, será necesario saber el cómo, dónde, cuándo y el por qué se hace. Ya es honesto reconocer la dificultad y la tristeza de haber vivido, durante muchos años, una vida equivocada. Peor sería hacerlo, como en el caso anterior, por un impulso incoercible de tipo psicopático. Muy frecuentemente se pueden dar estos fenómenos defensivos si uno se encuentra solo o no tiene la valentía de enfrentarse consigo mismo. Sería largo y prolijo analizar todo el tema. Por eso, queda sólo en apunte. Sólo señalar que es necesario, cuando esto sucede, tener en cuenta los restantes segmentos, como también si el cambio que supone la ruptura nace de la vida y el crecimiento; también, y finalmente, poder enfrentar las alternativas de cara a uno mismo y de cara a quienes les afecta más directamente el compromiso roto.



EL MEDIO AMBIENTAL

Nuestro medio, el medio físico, biográfico y cultural tiene las siguientes características:

- Es un medio en cambio acelerado.
- Es un medio en acelerada prisa.
- Es un medio excesivamente violento, agresivo y destructor.

Nuestro medio-ambiente, el nuestro, en relación con la estructuración de la identidad, *no favorece su construcción y destruye las estructuras frágiles. Recuento:*

- *Prima valores parciales:* el culto al cuerpo y a las satisfacciones inmediatas.
- *Favorece el abandono de defensas tradicionales* (por ejemplo, la represión) y obliga a establecer defensas más arcaicas y peligrosas (como la negación, disociación, conversión en contrario).
- *Sólo contempla políticas parciales* y nacidas de mecanismos disociativos. (Por ejemplo, la actual política sobre la enfermedad mental, lo biológico se le atiende en el hospital, separado de los otros segmentos, y, como no se puede curar una enfermedad mental a base de pastillas, se les envía a estos mismos enfermos a los asilos). De este modo aparece otra configuración estructural, la figura de rombo. En ella se ha suprimido, por real decreto, lo psicológico y lo espiritual.



- *Destruyendo sencillamente:*
 - a) Creencias, que refuerzan los paraísos inmediatos.
 - b) Instituciones que provocan rupturas en las vinculaciones y los compromisos (familia, pareja, amistad, asociaciones y recursos).
 - c) Los logros más valiosos de la tradición y de la ciencia (mecanismos represivos, trabajo terapéutico global bien hecho).

QUIÉNES SON LOS MAS NECESITADOS Y DESASISTIDOS

Los incompletos. Aquellos que son larvas humanas. Aquellos sólo han nacido a una mera existencia corporal.

Los mutilados. Aquellos que nos vienen de los hospitales y que la medicación no ha podido curar, y se encuentran encerrados en el asilo. Asilo en lo más mutilante del término: que sólo les va a dar alimento y techo; que sólo va a atender lo más biológico. Pero a quienes se les va a negar la posibilidad de un crecimiento intelectual y emocional, como también la posibilidad de tener un proyecto de vida. Aquellos que, por política actual, tienen forma de rombo.

Los mal-estructurados:

- Los vaciados por dentro (catatónicos, autistas).
- Los que están cansados de sufrir y se refugian en la locura.
- Los que se evaden para realizarse y acceden a la felicidad de modo artificial, mediante drogas.

Los mal-tratados. Los mal-asistidos:

- Porque no se tiene en cuenta todos los segmentos.
- Porque son incapaces, y le ayudamos a ello, para integrar los segmentos.
- Porque no se activan, revitalizan las interacciones de los segmentos.

SITUACIÓN EN EL CAMPO PSIQUIÁTRICO

Calificación. Mala.

Razones.

- a) *No se les llega a comprender.* Ni siquiera se está de acuerdo en las diferentes concepciones y escuelas psiquiátricas.
- b) *No se les llega a tolerar.* Porque ofenden nuestro narcisismo, porque atentan a nuestra estética (por eso, se encierra a la locura y se le aleja de nuestras ciudades). Porque, además, alteran el ritmo de nuestros hábitos con sus conductas indebidas, faltas de adaptación, comportamientos prohibidos, conductas perversas. Porque, en definitiva, se desconfia de ellos y se les tiene miedo.
- c) *Porque la política socio-sanitaria es:*
 - *equivocada en el planteamiento:* su estructuración en rombo favorece los mecanismos destructores de la negación y la disociación;
 - *injusta en las dotaciones y recursos:* económicos, profesionales, organizativos y asistenciales. Son los «pacientes pobres de la dotación sanitaria».
- d) *Porque existe un acuerdo tácito en mantener el círculo maldito:* la familia (el que la tiene) no puede más - acude a la medicina - los médicos recetan - el enfermo no se cura - recae - la familia se cansa y se decepciona - la familia solicita un internamiento - se ingresa - pasa el tiempo - las instituciones psiquiátricas, por interés o pobreza, se prestan, con poca crítica a ellos - pasa el tiempo - la familia se aleja y se acostumbra a vivir sin su miembro enfermo - el enfermo se institucionaliza - se crean derechos - el círculo sólo se rompe con la muerte.
- e) Porque, como callan, no entienden, no cuentan, no tienen derecho... *son las víctimas más idóneas* para las más crasas, violentas e indignas:
 - manipulaciones,
 - explotaciones,
 - experimentaciones.

Yo he visto, en algún hospital psiquiátrico, listas de enfermas para esterilizar. El prejuicio venía de que tenían derecho a la se-

xualidad. Pero esa connotación nos suena a campo de concentración. Habría que pensar, también, en el estado actual de la tan cacareada reforma psiquiátrica.

TAREA DE LA IGLESIA

• **Buscar y enfrentarse con lo real.** Si yo doy crédito a mi religión, y si creo en Jesús es porque no me permiten *escaparme*. El mandato principal de Jesús, el amor al prójimo, me obliga a enfrentarme con mi mundo. Mi mundo es éste, y no otro (por ejemplo, el mundo añorado del pasado, ni el mundo proyectado del porvenir). Es en *mi* mundo en el que tengo que sentir (segmento bio-corporal), entender (segmento psicológico), comprometerme en sus instituciones (segmento socio-cultural) valorar y dar sentido (segmento espiritual).

• El enfrentamiento con lo real nos lleva siempre a una *reflexión más profunda*. Quienes trabajamos en el campo de la salud-enfermedad mental experimentamos el dolor de que se hagan planteamientos fáciles y superficiales. Nos duele, por ejemplo, que se hable del SIDA por moda y por miedo; que se hable de la droga, por moda y por miedo. Droga y SIDA, para nosotros, no son más que los síntomas más aparentes y noticiosos de un mal más profundo y radical: la falta de estructuración, la mala estructuración, nos lleva a esa ya habitual, y desdichada, incapacidad de crear identidades sólidas y estables. El llamado «fracaso humano» está demasiado extendido como para que no debamos establecer preguntas. Debemos de confesar que nuestra sociedad se está manifestando incapaz de conseguir identidades yoicas medianamente

pasables. Esta incapacidad, al no ser reconocida ni concienciada, obliga a condenarse en lo superficial. Lo aparatoso, entonces, aparece violentamente, no porque sea peligroso, sino porque nuestra mirada se queda apresada en la punta del iceberg.

• El enfrentamiento con lo real, seguido de una sólida y valiente reflexión, nos llevaría a un *compromiso*. En concreto:

- a) A optar por los más necesitados y desasistidos.
- b) Denunciar —o no bendecir— las políticas erróneas y claramente injustas.
- b) Denunciar, también, la mala praxis de aquellos que, por su incompetencia, sólo abordan la enfermedad mental desde uno, o varios elementos, pero no desde su integridad, y denunciar los casos de los mal-tratados.
- d) Romper los círculos viciosos y repetitivos que destruyen y matan individuos, instituciones y tejido social.
- e) Ayudar a crear un medio-ambiente más idóneo, donde sea posible, de nuevo: engendrar seres vivos - hacerlos crecer - darles autonomía - confiar en ellos - crear instituciones de pertenencia - situar sólidos compromisos - permitirles envejecer - dejarles morir en paz.

• Por último, los creyentes debemos *hacer cultura*:

- a) dando estabilidad;
- b) promoviendo ilusión;
- c) desarrollando la creatividad y las iniciativas;
- d) favoreciendo los deseos de vivir;
- e) dando un sentido a nuestra existencia: ya sea sana-enferma, feliz-desgraciada, con futuro-mortal. **LH**

2.5 TOXICÓMANOS Y EXDROGADICTOS: HERMANOS NECESITADOS DE AYUDA Y DEDICACIÓN

Luis Ramírez Ruiz

Psiquiatra

Secretario General Técnico de la Escuela Nacional de Sanidad

SITUACIONES BÁSICAS DE PARTIDA

• El problema de las drogodependencias y toxicomanías es una parte del problema general de las drogas, que es mucho más amplio y forma parte de un marco general económico y sociopolítico.

• Las autoridades administrativas, pero, sobre todo, las fuer-

zas sociales y la comunidad, deben concienciarse en tomar parte activa en la lucha contra las drogas.

- La droga exige un distinto *approach* comprensivo.
- No hay drogas *blandas* ni *duras*. Para la salud y el sujeto, todas son duras.

SITUACIÓN ACTUAL.

LA ESCALADA DEL CONSUMO

• Existen más de 1,5 millones de heroinómanos, en jóvenes de 17 a 25 años, en la Comunidad Económica Europea.

En España, en el año 1986, había más de 130.000 heroinómanos.

xualidad. Pero esa connotación nos suena a campo de concentración. Habría que pensar, también, en el estado actual de la tan cacareada reforma psiquiátrica.

TAREA DE LA IGLESIA

• **Buscar y enfrentarse con lo real.** Si yo doy crédito a mi religión, y si creo en Jesús es porque no me permiten *escaparme*. El mandato principal de Jesús, el amor al prójimo, me obliga a enfrentarme con mi mundo. Mi mundo es éste, y no otro (por ejemplo, el mundo añorado del pasado, ni el mundo proyectado del porvenir). Es en *mi* mundo en el que tengo que sentir (segmento bio-corporal), entender (segmento psicológico), comprometerme en sus instituciones (segmento socio-cultural) valorar y dar sentido (segmento espiritual).

• El enfrentamiento con lo real nos lleva siempre a una **reflexión más profunda**. Quienes trabajamos en el campo de la salud-enfermedad mental experimentamos el dolor de que se hagan planteamientos fáciles y superficiales. Nos duele, por ejemplo, que se hable del SIDA por moda y por miedo; que se hable de la droga, por moda y por miedo. Droga y SIDA, para nosotros, no son más que los síntomas más aparentes y noticiosos de un mal más profundo y radical: la falta de estructuración, la mala estructuración, nos lleva a esa ya habitual, y desdichada, incapacidad de crear identidades sólidas y estables. El llamado «fracaso humano» está demasiado extendido como para que no debamos establecer preguntas. Debemos de confesar que nuestra sociedad se está manifestando incapaz de conseguir identidades yoicas medianamente

pasables. Esta incapacidad, al no ser reconocida ni concienciada, obliga a condenarse en lo superficial. Lo aparatoso, entonces, aparece violentamente, no porque sea peligroso, sino porque nuestra mirada se queda apresada en la punta del iceberg.

• El enfrentamiento con lo real, seguido de una sólida y valiente reflexión, nos llevaría a un **compromiso**. En concreto:

- a) A optar por los más necesitados y desasistidos.
- b) Denunciar —o no bendecir— las políticas erróneas y claramente injustas.
- b) Denunciar, también, la mala praxis de aquellos que, por su incompetencia, sólo abordan la enfermedad mental desde uno, o varios elementos, pero no desde su integridad, y denunciar los casos de los mal-tratados.
- d) Romper los círculos viciosos y repetitivos que destruyen y matan individuos, instituciones y tejido social.
- e) Ayudar a crear un medio-ambiente más idóneo, donde sea posible, de nuevo: engendrar seres vivos - hacerlos crecer - darles autonomía - confiar en ellos - crear instituciones de pertenencia - situar sólidos compromisos - permitirles envejecer - dejarles morir en paz.

• Por último, los creyentes debemos **hacer cultura**:

- a) dando estabilidad;
- b) promoviendo ilusión;
- c) desarrollando la creatividad y las iniciativas;
- d) favoreciendo los deseos de vivir;
- e) dando un sentido a nuestra existencia: ya sea sana-enferma, feliz-desgraciada, con futuro-mortal. **LH**

2.5 TOXICÓMANOS Y EXDROGADICTOS: HERMANOS NECESITADOS DE AYUDA Y DEDICACIÓN

Luis Ramírez Ruiz

Psiquiatra

Secretario General Técnico de la Escuela Nacional de Sanidad

SITUACIONES BÁSICAS DE PARTIDA

• El problema de las drogodependencias y toxicomanías es una parte del problema general de las drogas, que es mucho más amplio y forma parte de un marco general económico y sociopolítico.

• Las autoridades administrativas, pero, sobre todo, las fuer-

zas sociales y la comunidad, deben concienciarse en tomar parte activa en la lucha contra las drogas.

- La droga exige un distinto *approach* comprensivo.
- No hay drogas *blandas* ni *duras*. Para la salud y el sujeto, todas son duras.

SITUACIÓN ACTUAL.

LA ESCALADA DEL CONSUMO

• Existen más de 1,5 millones de heroinómanos, en jóvenes de 17 a 25 años, en la Comunidad Económica Europea.

En España, en el año 1986, había más de 130.000 heroinómanos.

“No se puede quitar a los individuos... lo que ellos pueden realizar por su propia iniciativa y esfuerzo. Es injusto y gravemente dañoso entregar a una sociedad mayor y más elevada, las tareas que pueden realizar y ofrecer las comunidades menores e inferiores”

Quadragesimo Anno, 79

- En España pasamos de 48 fallecimientos por drogas en 1982, a 93 en 1983 y 190 en 1984.
- El tráfico de drogas en nuestra nación representa 350 millones de pesetas por día.
- De los delitos que se cometen, más del 80 % son imputables al toxicómano.
- Un heroinómano que consume diariamente de 1/2 a 1 gramo de heroína necesita de 300.000 a 600.000 pesetas por mes.
- De los jóvenes entre 15 y 20 años, han consumido: el 41,4 % cannabis, el 15 % anfetamina, el 7,7 cocaína y el 2,9 % opiáceos.
- En la Comunidad de Madrid, 6.000 jóvenes consumen habitualmente heroína y el 15 % del total de la población juvenil fuma porros.
- De los decomisos (que corresponden a un 10 % del tráfico que existe), en opiáceos se decomisaron en 1975, 276 gramos que se elevaron en 1986 a 285 kilogramos. De la cocaína de 11,5 kilogramos decomisados en 1975 se pasó a 404 kilos en 1986. Del cannabis, en 1975 se decomisaron 4.000 kilos, que se elevaron en 1986 a 36.000 kilogramos. Y del ácido lisérgico (L.S.D.), de 1813 dosis en 1975 se pasó a 37.243 dosis en 1986.

SITUACIÓN ACTUAL DEL TOXICÓMANO

El toxicómano tiene, en nuestra sociedad, un lugar o situación «especial». Se halla apartado por parte de sus familiares y amigos. Y se encuentra rechazado por la sociedad, incluso por

“El Estado suple y completa en virtud de la función subsidiaria”

Mater et Magistra, n.º 53

la comunidad cristiana. Se encuentra sólo consigo mismo. Aquí sí que podríamos trasladar la «invocación del ESPÍRITU»: «Solidario de los empobrecidos, maestro de los verdaderos valores, desbloquea las relaciones congeladas, danos fortaleza en el conflicto». Ellos lo necesitan más que nadie.

La reflexión pública sobre estos hermanos debe contemplar dos situaciones: las propias condiciones y especiales características que se dan en el enfermo drogadicto, distintas a otros enfermos marginados, y una reflexión profunda sobre cuál es el lugar que tiene que ocupar nuestra acción pastoral. Y todo ello, ciertamente, exige un serio trabajo de discernimiento y creatividad en la fe.

Consideremos la problemática especial del enfermo drogadicto en distintos ámbitos o áreas

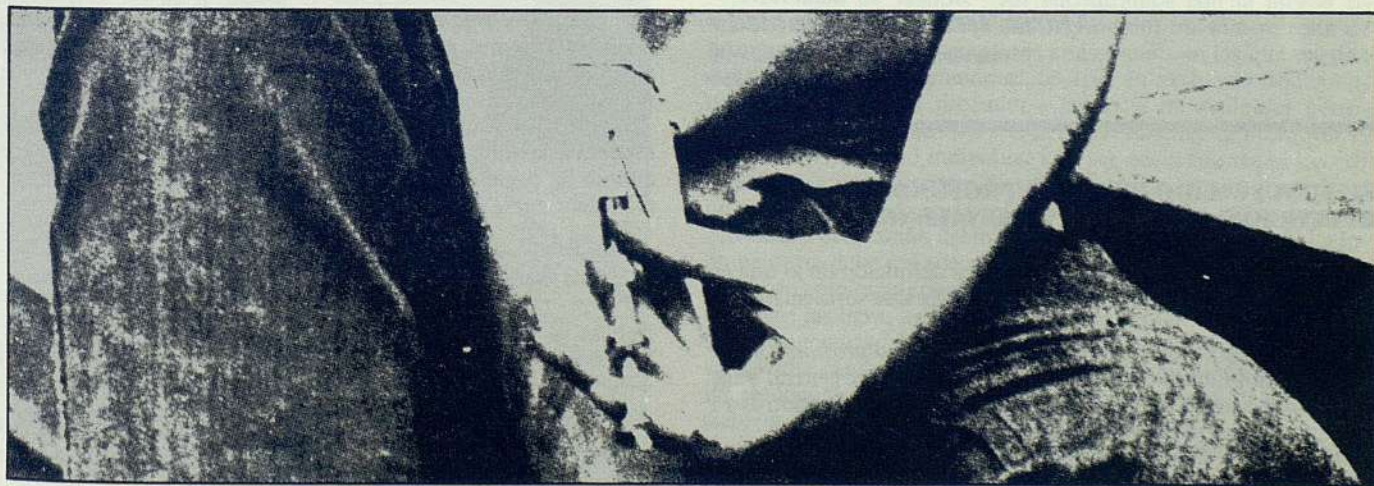
- **Ante sí mismo:** El drogadicto se ve y se siente de forma distinta. El proceso de *interiorización* camina por otros mecanismos y derroteros, por lo que la incorporación de la realidad, la comprensión y la percepción de la realidad es distinta. Por otro lado, el *recuerdo* o los engranajes de la heroína y de otras drogas *marca* al toxicómano, porque ese recuerdo se fija en la mente y en los sentimientos de un modo más fijo y particular, por lo que borrar el recuerdo es más difícil. Y todo ello arrastra a que las *medidas* o *valores* sean también distintos. Y ello incide también en el campo de la responsabilidad.

“Ningún país está a salvo y la cuenta atrás no ha hecho más que empezar. Si continuamos sin hacer nada, seremos testigos de consecuencias desastrosas”

Dr. di Gennaro,
Director del Fondo de las Naciones Unidas
para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas

Todo esto, estas circunstancias que se dan en este enfermo, exigen una aproximación y comprensión distintas, que en parte deben ser aprendidas y entrenadas.

- **Ante su futuro y desarrollo personal:** Su crecimiento ante el futuro no existe. Su *sistema de fines* (Adler) no es habitual. No construyen su vida ni integran su experiencia *escalón por escalón*. Al contrario, viven una experiencia que les aparta de la proyección, para estar y sentir siempre en presente. No existe aceptación de la experiencia para construir el futuro, al contrario. No



“El tráfico de drogas debe considerarse como un asesinato con premeditación”

Dr. Gabriel Nahas,
Director de Investigación
del Instituto Nacional de Salud, Francia

establecen relaciones lógicas y objetivos enlazados, sólo interesa la sensación presente. La proyección hacia el futuro está detenida y bloqueada.

• **Ante la propia familia:** Rechazos afectivos, no aceptación, incompreensión de su estado y situación. La relación familia-sujeto está terriblemente deteriorada.

• **Ante la comunidad y sus relaciones interpersonales:** El mismo rechazo, la imposibilidad de comunicación e integración.

• **Ante el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social:** Desesperación, dudas por su recuperación, desinterés.

NUESTRA ACCIÓN PASTORAL

Monseñor Osés decía en 1983 en la Reunión del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria, La Moraleja, 8 de febrero: «La Iglesia debe hacer su oferta, identificada y adecuada, ante los grandes desafíos que hoy nos plantea la sociedad». Uno de estos desafíos es la drogadicción. ¿Será también el drogadicto un enfermo desconocido y que no tiene sitio en ningún sitio?

La situación de estos hermanos enfermos drogadictos, entre la realidad y la fuga de ésta, exige una reflexión profunda para comprender sus conductas y poder ayudarles. Ello conduce a un planteamiento de partida: la exigencia de un comportamiento ético y deontológico *distinto* ante estos enfermos, *desde* su nivel y *sobre* su nivel. Habrá que plantearse una ética de la comunicación y comportamiento con el toxicómano, siendo profundamente comprensivos de su situación, para que la ayuda que podamos prestarle sea verdaderamente eficaz. Y ello exige aprendizaje y entrenamiento, tanto de las características de estos enfermos como de las técnicas y modos de aproximación a los mismos.

PROPUESTAS

- Presencia de la Pastoral Sanitaria junto al enfermo drogadicto y su familia. Para prestarles la ayuda y el apoyo necesarios.
- Concienciar a la comunidad cristiana, para que el drogadicto se sienta acogido por las personas de sus hermanos de verdad y fe.
- Promover, cada Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria, la creación de *lugares* y *cauces* de encuentro y ayuda a estos jóvenes donde se forme el personal cristiano de atención a estos enfermos, se reflexione con ellos, se vivan sus problemas, con las particularidades que sean, se aliente el testimonio individual, se le escuche, acoja y acepte.
- Especialización de los Agentes de Pastoral Sanitaria, siguiendo cursos o seminarios de formación sobre estos enfermos, por ejemplo, sobre *la comprensión y comunicación con el enfermo desasistido, el drogadicto.* LH

2.6 MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS PROFUNDOS

María Teresa Alía Robledo

Hospital Psiquiátrico San José.
Ciempozuelos

EL MINUSVÁLIDO PSÍQUICO PROFUNDO: DEFINICIÓN, TIPOLOGÍA Y PREVALENCIA

No vamos a intentar hacer una nueva definición de lo que es un minusválido psíquico profundo, pues ya ha sido suficientemente definido.

Sin embargo, hay que destacar que el término *profundo* se ha utilizado en muchas ocasiones en un sentido muy general para denominar a toda persona no escolarizable, y que nosotros lo vamos a utilizar aquí en un sentido más restrictivo.

Nosotros, al hablar de minusválidos psíquicos profundos, nos vamos a referir a aquellas *personas que tienen una deficiencia men-*

tal grave que afecta a toda su personalidad tengan o no trastornos neuromotores, sensoriales, convulsivos o de comportamiento y con una *necesidad de cuidados constantes*, en mayor o menor intensidad.

En cuanto a la prevalencia de esta minusvalía en la población española, actualmente el INSERSO está elaborando el censo que aún no ha hecho público; el Boletín de Estudios y Documentación del SEREM nos ofrecía en 1984 estos datos:

Tipos de minusvalía	Grupo de edad			Totales
	0-5	6-19	20-65	
Deficientes mentales				
Profundos y medios	8.465	49.022	93.917	151.404

La revista del servicio social de minusválidos *Minusval*, en el número 42 de noviembre de 1983 hacía la siguiente estimación cuantitativa de deficientes mentales profundos:

“El tráfico de drogas debe considerarse como un asesinato con premeditación”

Dr. Gabriel Nahas,
Director de Investigación
del Instituto Nacional de Salud, Francia

establecen relaciones lógicas y objetivos enlazados, sólo interesa la sensación presente. La proyección hacia el futuro está detenida y bloqueada.

• **Ante la propia familia:** Rechazos afectivos, no aceptación, incompreensión de su estado y situación. La relación familia-sujeto está terriblemente deteriorada.

• **Ante la comunidad y sus relaciones interpersonales:** El mismo rechazo, la imposibilidad de comunicación e integración.

• **Ante el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social:** Desesperación, dudas por su recuperación, desinterés.

NUESTRA ACCIÓN PASTORAL

Monseñor Osés decía en 1983 en la Reunión del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria, La Moraleja, 8 de febrero: «La Iglesia debe hacer su oferta, identificada y adecuada, ante los grandes desafíos que hoy nos plantea la sociedad». Uno de estos desafíos es la drogadicción. ¿Será también el drogadicto un enfermo desconocido y que no tiene sitio en ningún sitio?

La situación de estos hermanos enfermos drogadictos, entre la realidad y la fuga de ésta, exige una reflexión profunda para comprender sus conductas y poder ayudarles. Ello conduce a un planteamiento de partida: la exigencia de un comportamiento ético y deontológico *distinto* ante estos enfermos, *desde* su nivel y *sobre* su nivel. Habrá que plantearse una ética de la comunicación y comportamiento con el toxicómano, siendo profundamente comprensivos de su situación, para que la ayuda que podamos prestarle sea verdaderamente eficaz. Y ello exige aprendizaje y entrenamiento, tanto de las características de estos enfermos como de las técnicas y modos de aproximación a los mismos.

PROPUESTAS

- Presencia de la Pastoral Sanitaria junto al enfermo drogadicto y su familia. Para prestarles la ayuda y el apoyo necesarios.
- Concienciar a la comunidad cristiana, para que el drogadicto se sienta acogido por las personas de sus hermanos de verdad y fe.
- Promover, cada Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria, la creación de *lugares* y *cauces* de encuentro y ayuda a estos jóvenes donde se forme el personal cristiano de atención a estos enfermos, se reflexione con ellos, se vivan sus problemas, con las particularidades que sean, se aliente el testimonio individual, se le escuche, acoja y acepte.
- Especialización de los Agentes de Pastoral Sanitaria, siguiendo cursos o seminarios de formación sobre estos enfermos, por ejemplo, sobre *la comprensión y comunicación con el enfermo desasistido, el drogadicto.* LH

2.6 MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS PROFUNDOS

María Teresa Alía Robledo

Hospital Psiquiátrico San José.
Ciempozuelos

EL MINUSVÁLIDO PSÍQUICO PROFUNDO: DEFINICIÓN, TIPOLOGÍA Y PREVALENCIA

No vamos a intentar hacer una nueva definición de lo que es un minusválido psíquico profundo, pues ya ha sido suficientemente definido.

Sin embargo, hay que destacar que el término *profundo* se ha utilizado en muchas ocasiones en un sentido muy general para denominar a toda persona no escolarizable, y que nosotros lo vamos a utilizar aquí en un sentido más restrictivo.

Nosotros, al hablar de minusválidos psíquicos profundos, nos vamos a referir a aquellas *personas que tienen una deficiencia men-*

tal grave que afecta a toda su personalidad tengan o no trastornos neuromotores, sensoriales, convulsivos o de comportamiento y con una *necesidad de cuidados constantes*, en mayor o menor intensidad.

En cuanto a la prevalencia de esta minusvalía en la población española, actualmente el INSERSO está elaborando el censo que aún no ha hecho público; el Boletín de Estudios y Documentación del SEREM nos ofrecía en 1984 estos datos:

Tipos de minusvalía	Grupo de edad			Totales
	0-5	6-19	20-65	
Deficientes mentales				
Profundos y medios	8.465	49.022	93.917	151.404

La revista del servicio social de minusválidos *Minusval*, en el número 42 de noviembre de 1983 hacía la siguiente estimación cuantitativa de deficientes mentales profundos:

Deficientes mentales profundos según edad

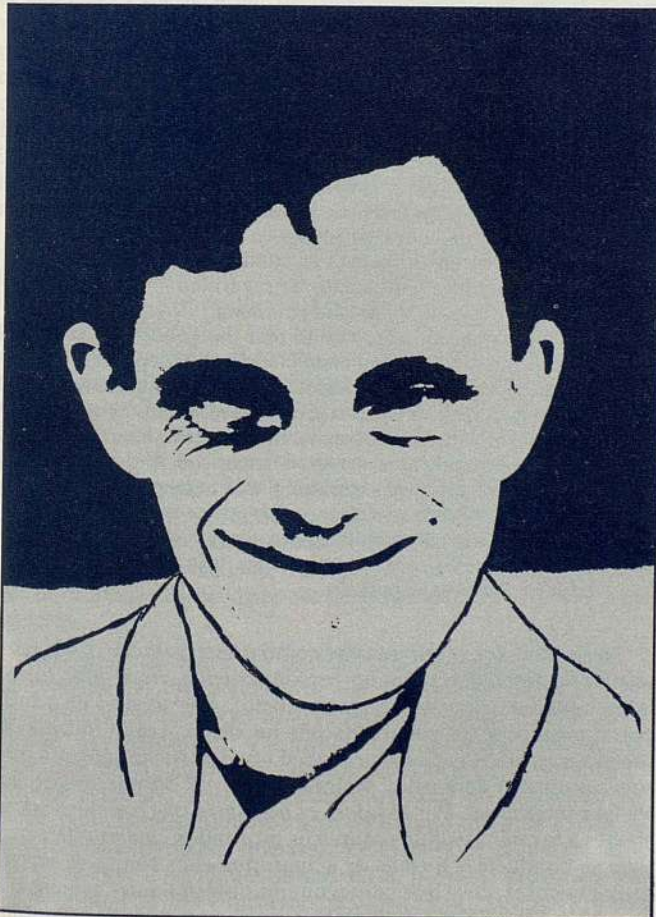
Edad	N	%
0-5	1.674	5,4 %
6-19	9.720	31,4 %
20 y más	19.788	63,4 %
Total	31.185	100,0 %

Deficientes mentales profundos según sexo

Sexo	N	%
Varones	17.027	54,6 %
Mujeres	14.158	45,4 %
Total	31.185	100,0 %

NECESIDADES DE LOS MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS PROFUNDOS

Las necesidades de las personas con minusvalía psíquica profunda no difieren básicamente de las de cualquier persona normal o deficiente. La principal diferencia radica en que así como las personas sin deficiencias son capaces de definir sus necesidades y luchar por la satisfacción de las mismas, las personas con minusvalía psíquica profunda son incapaces de expresar sus necesidades de una forma directamente interpretable e incumbe a



la sociedad el interpretarlas y el garantizar que se satisfagan adecuadamente, asegurando a estas personas el bienestar físico, psíquico y social.

Satisfacción de las necesidades físicas

Este conjunto de necesidades están directamente relacionadas con la conservación del individuo y del conjunto de la especie. Estas necesidades, aunque fundamentalmente instintivas, no son ciegamente automáticas en los seres humanos como lo son en el mundo animal. En el ser humano estas necesidades tienen que ver con el aprendizaje y, lo que es más importante, se satisfacen siempre en situaciones de convivencia. Al considerar las necesidades relacionadas con los impulsos instintivos, hay que tener en cuenta no sólo el fin biológico del impulso, sino también sus implicaciones sociales.

Necesidad de alimento. La alimentación debe satisfacer cuatro necesidades psicobiológicas:

- Suministrar comida al estómago y eliminar las punzadas de hambre.
- Comer, masticar o chupar en cuanto actividades en sí mismas agradables.
- Sensaciones gustativas, olfativas y de textura en cuanto fuentes de placer.
- La grata convivencia de una comida compartida.

Limitar la necesidad de la satisfacción de alimento al primer elemento, olvidando los otros tres, es privar al minusválido psíquico profundo de los elementos cognoscitivos y sociales que permitirán encauzar socialmente el instinto de alimentación que, de lo contrario, se satisfará inadecuadamente, dando lugar a efectos negativos como la glotonería a ciegas, derivada del impulso incontrolado de paliar el hambre de cualquier manera.

El acto de comer puede y debe comprender, incluso para los minusválidos psíquicos profundos, un elemento cognitivo (sabor, olor, aspecto de la comida, así como los intentos de aprender a comer solo), además de un elemento social (comer en compañía de otras personas). Estos elementos a menudo son olvidados en la alimentación de los minusválidos psíquicos profundos, haciéndoles comer en solitario porque tienen hábitos alimenticios inadecuados en vez de educarlos y enseñarles las conductas socialmente adecuadas, o dándoles de comer todos los alimentos juntos y triturados renunciando a enseñarles las habilidades para masticar y deglutir y privándoles de sensaciones gustativas, olfativas y visuales diferenciadas que hacen más agradable la comida.

Necesidad de vestido. Nos encontramos con la misma situación respecto a la necesidad de vestido; no sólo se trata de proporcionar a los minusválidos unas ropas con las que puedan cubrir su cuerpo y defenderse del frío. El vestuario de los minusválidos psíquicos profundos, como el de cualquier persona, ha de cumplir también con la doble función de promover la dignidad y el respeto individual y de ser adecuada según los criterios culturales y sociales de su entorno. La imagen que ofrece un minusválido psíquico profundo tiene un gran efecto sobre la actitudes y aceptación del mismo por parte de la sociedad. La indumentaria debe ser adecuada a su edad y estar en unas condiciones de limpieza y conservación que confieran dignidad a la persona que las lleva, aspectos que a veces vemos olvidados. No es extraño encontrar a un minusválido psíquico profundo adulto llevando una camiseta del pato Donald, lo cual puede llevar a la interpretación del minusválido psíquico como el niño eterno, interpretación que puede constituir la base de un círculo vicioso en el que los adultos, que son considerados como niños, son tratados como niños y continúan comportándose de manera que refuerzan su imagen de niños.

Necesidad de vivienda. Siguiendo en la misma línea, la vivienda de los minusválidos psíquicos profundos no sólo ha de consistir en un lugar donde puedan protegerse de las inclemencias climatológicas, sino que ha de ser un espacio que promueva la dignidad y el respeto individual. Afortunadamente en los últimos años han mejorado mucho las instituciones para minusválidos psíquicos, abandonándose o reformándose aquellos edificios viejos y deteriorados. La vivienda de los minusválidos psíquicos profundos ha de ser confortable y agradable, de forma que les permita una calidad de vida igual a la que disfrutan el resto de los ciudadanos. Pero no solamente esto, además la vivienda ha de ofrecer al minusválido psíquico un espacio que le permita la intimidad, disponiendo de un espacio personal, aspecto a menudo olvidado en las grandes instituciones. En suma, el lugar de residencia de los minusválidos psíquicos profundos ha de ser lo más parecido a un hogar familiar, evitando la masificación que tantos efectos negativos tiene sobre la convivencia. Además, es muy conveniente que la residencia de los minusválidos psíquicos profundos esté en un núcleo urbano o rural. Así se favorecería la integración física de los minusválidos y se combatiría el prejuicio de una parte de la población que opina que estas personas no están capacitadas para la vida en comunidad y han de vivir alejadas de ella.

Necesidad sexual. Desde la infancia, tanto los niños normales como los deficientes, dan pruebas de su afán por adquirir las características psicológicas correspondientes a su sexo. Esto desempeña una importante función en la formación de la personalidad social, ya que la personalidad madura que acepta la sociedad es masculina o femenina. Con la adolescencia surge la necesidad de amistad entre chico y chica. Los jóvenes deficientes deben poder satisfacer esta necesidad de una manera socialmente aceptable, en centros mixtos de educación, formación y residencia en los que existan las condiciones adecuadas a la integración social del impulso sexual.

Necesidad de protección de la salud. Incluimos en este apartado de necesidades físicas la necesidad de protección de la salud, no porque la interpretemos como un estado de bienestar físico, excluyendo el bienestar psíquico y social a los que hace referencia la definición de la OMS, sino muy al contrario porque nos permite enlazar con los otros dos grupos de necesidades a los que nos vamos a referir a continuación: necesidades psíquicas y sociales.

La protección de la salud de los minusválidos psíquicos se articula en torno a dos ejes: la prevención y el tratamiento. La prevención debe tener por objeto un diagnóstico lo más precoz posible, que permita minimizar los efectos de la minusvalía. El tratamiento ha de estar garantizado a todos los niveles dentro del sistema de la Seguridad Social, lo cual no es actualmente una realidad. Además, desafortunadamente, no es extraño ver cómo un minusválido psíquico profundo es marginado de ciertas mejoras que le podría aportar la ciencia y la medicina. La corrección de defectos ortopédicos, visuales y auditivos frecuentemente se olvidan en perjuicio del potencial de desarrollo del minusválido. Todavía hoy nos encontramos con preguntas tales como «¿para qué graduar la vista a un minusválido psíquico profundo si al fin y al cabo no va a poder hacer nada productivo?».

Satisfacción de las necesidades psíquicas

Necesidades primarias de orden afectivo

Necesidad de seguridad. Todo ser humano, al enfrentarse con una amenaza, concentra todas sus fuerzas en una sola cosa: defenderse del peligro. En una situación de amenaza, todas las demás necesidades quedan en suspenso, o cuando menos totalmente atenuadas. Los minusválidos psíquicos profundos son extraordinariamente susceptibles a los estados de extrema ansiedad.

El tener aseguradas unas condiciones en las que se sientan seguros es imprescindible para garantizarles el bienestar. De entre estas condiciones cabe destacar:

- **La satisfacción de las necesidades biológicas.** La protección contra el hambre, el frío y cuantos peligros atentan contra la integridad física.
- **Lazos de afectos estables y consistentes** entre el minusválido psíquico profundo y las personas que le atienden. Estos lazos pueden ser fuente de seguridad siempre que cumplan las condiciones siguientes: primero, *la atención debe ser estable.* El minusválido psíquico profundo ha de ser atendido siempre por las mismas personas de forma que pueda acostumbrarse a ellas; segundo, las personas que los atienden deben poseer un *equilibrio emocional* permanente, el minusválido debe poder prever la conducta de esa persona. Este aspecto ha de cuidarse tanto en el ámbito familiar, dando a los familiares todo el apoyo psicológico necesario para mantener la estabilidad emocional, como en el ámbito institucional donde ha de hacerse una buena selección del personal y han de mantenerse unas condiciones de trabajo favorables para este equilibrio. La tercera condición es que los minusválidos psíquicos profundos sean tratados con *calor y cariño.* Las muestras de cariño constituyen para ellos la garantía de que serán bien atendidos, independientemente de que en un momento dado reciban elogio o reprimenda. Los minusválidos psíquicos profundos son particularmente sensibles al rechazo emocional y necesitan vivir en un clima acogedor y caluroso, sin que ello signifique hiperprotegerlos o consentirles comportamientos caprichosos o inadecuados.
- **La previsibilidad de lo que va a ocurrir.** Todos necesitamos una cierta estabilidad en nuestro entorno. Esto quiere decir simplemente que nos sentimos más seguros cuando sabemos que no vamos a tropezar con nada desconocido. La necesidad más acusada de esta estabilidad en el mundo circundante surge en el proceso de desarrollo de la personalidad aproximadamente a los tres años de edad. Los minusválidos profundos también manifiestan esta necesidad. Pero si estas personas tienen la oportunidad de adquirir el sentido de la seguridad mediante una convivencia plenamente satisfactoria, entonces un cambio en el entorno o en lo cotidiano no les inducirá a ninguna reacción de ansiedad. Hay dos grupos de personas en las que esta ansiedad provocada por lo desconocido es claramente observable: en los niños autistas y en los que se han criado en instituciones mal dirigidas y en condiciones que no favorecían el desarrollo del sentimiento de seguridad.
- **La autosuficiencia en la vida cotidiana.** Los niños normales, a medida que van adquiriendo más independencia en las cosas prácticas van consiguiendo una mayor independencia emocional. Si bien los minusválidos psíquicos profundos nunca llegarán a conseguir una total independencia, tanto en los cuidados prácticos como en la vida afectiva, cuanto más plenamente experimenten su autosuficiencia en la vida diaria mayor será su sentido de seguridad y más numerosas las posibilidades de desarrollo a su alcance. Por esto se hace imprescindible el enseñar a los minusválidos psíquicos profundos las habilidades necesarias para las actividades de la vida diaria y el cuidado de su propia persona.

Necesidad de experimentarse como un ser valioso. En el proceso de su desarrollo todas las personas tienen, entre otras cosas, la necesidad de experimentarse en cuanto seres capaces de actuar por sí mismos y ser percibidos por los demás como individuos socialmente valiosos. Si esa necesidad no se satisface, ninguna persona, normal o deficiente, podrá alcanzar un óptimo desarrollo social e intelectual. Por lo tanto, es necesario que hagamos conscientes a los minusválidos psíquicos profundos, cualesquiera que sean su conducta y formas de actuar, que ellos son seres socialmente valiosos, cosa que conseguiremos prestándoles la atención necesaria. En palabras de Jean Vanier, «... nadie puede encontrar

la paz del corazón ni el desarrollo de sus aspiraciones y su creatividad si no descubre el sentido de la vida. Ser ayudado, recibir sin cesar y no dar nada a cambio hacen que un ser se sienta inferior, pierda confianza en sí mismo y se desprecie...». Como todo ser humano, el disminuido necesita vivir con personas que reconozcan su utilidad, su capacidad de crecimiento, su lugar en la comunidad y en el mundo.

Necesidades que han de satisfacerse para el desarrollo socio-personal

Necesidad de cariño y de sentir que se pertenece a alguien.

Para la satisfacción de esta necesidad, es fundamental el papel de la familia, primacía que ha de traducirse en afectividad y responsabilidad. Hay que tener en cuenta que la atención y cuidado de un minusválido psíquico profundo supone para la familia una serie de tensiones cotidianas que, a veces, impiden a los padres desempeñar este papel adecuadamente, por lo que necesitan la información, la orientación y el apoyo necesario. La familia necesita no sólo la ayuda material de las instituciones sociales, sino también y fundamentalmente la comprensión y la ayuda de toda la sociedad. Valorada así la familia y considerada como el marco más beneficioso para el desarrollo del minusválido psíquico profundo, en el caso de que éste no pueda vivir en el seno de su propia familia, por unas razones u otras, las instituciones sociales han de ofrecer al minusválido una familia de acogida, como se hace en otros países, o instituciones reducidas donde esta necesidad de cariño y pertenencia pueda ser satisfecha.

Necesidad de comprender y ser comprendido. Los minusválidos psíquicos profundos tienen mucha dificultad para comprender y articular oraciones gramaticales complejas; sin embargo, su necesidad de comprender y ser comprendido no es inferior a la de cualquier otra persona. En tal situación la comunicación no verbal adquiere una significación importantísima en la relación con el minusválido psíquico profundo. El contacto corporal, las caricias, el gesto, la expresión facial y el tono de voz llenarán de contenido nuestra comunicación con los minusválidos profundos. Es quizás debido a la dificultad de utilizar conscientemente y de interpretar estos elementos no verbales de la comunicación por lo que reusamos relacionarnos más frecuentemente con los minusválidos psíquicos profundos, abandonándoles en su soledad.

Necesidad de llamar la atención. La persona que es objeto de atención se hace más atenta y se esmera más. Por mucho que lo repitiéramos, nunca quedaría suficientemente valorada la importancia de la atención y el efecto que ella tiene sobre los sentimientos y la conducta de los minusválidos psíquicos profundos, que son particularmente sensibles a la atención que se les dispensa. El ser objeto de atención, hace que el minusválido se fije más en el mundo exterior porque constantemente espera algún nuevo indicio de interés por parte de las personas que le rodean. Además, si el minusválido es frecuente y sistemáticamente objeto de atención cuando se porta de un modo aceptable, no necesita llamar la atención de forma provocativa. Muchos comportamientos agresivos y destructivos, o la conducta bulliciosa no son más que el resultado de no disponer de otros medios para llamar la atención.

Necesidad de tener un sentimiento de dignidad personal. En principio, la única fuente de ese sentimiento al alcance del minusválido profundo es la aprobación y cariño de los que le rodean. Posteriormente, y a medida que va madurando su personalidad social, la autoevaluación se apoya cada vez más en criterios objetivos, cual es la realización de una función social útil. Surge, pues, la necesidad de hacer un trabajo útil y de colaborar en aquellas actividades que sean útiles para el grupo social al que pertenece. Para ello, el minusválido psíquico profundo tendrá necesidad de una educación en su infancia y juventud, y una

oportunidad de trabajo, tan protegido como sea necesario, en la edad adulta, necesidades a las que nos referiremos posteriormente.

Para favorecer este sentimiento de dignidad, es muy importante la forma en que nos dirigimos a los minusválidos psíquicos profundos que deben ser tratados, además de con cariño, con respeto.

Satisfacción de la necesidad de promoción personal y de integración social

Necesidad de educación

Cualquier ser humano, para desarrollarse personal y socialmente, necesita ser educado y tiene derecho a que se le proporcionen los medios necesarios para realizar sus potencialidades. El minusválido psíquico profundo no es una excepción a esta regla, aunque por mucho tiempo se haya pensado que los minusválidos profundos eran tan disminuidos en su crecimiento y desarrollo que deberían ser excluidos de la educación. La educación de cualquier persona, y por lo tanto de los minusválidos psíquicos profundos, no es sólo una necesidad, es un derecho reconocido en nuestra Constitución.

Necesidad de desarrollar actividades socialmente útiles. Los minusválidos psíquicos profundos necesitan ser educados en su infancia, pero estos minusválidos llegan a la edad adulta y entonces se hace necesario ofrecerles la oportunidad de desarrollar actividades que les hagan sentirse útiles y les confieran dignidad. Investigaciones y demostraciones en diferentes países han probado de manera cada vez más clara que los resultados en el terreno del trabajo dependen, sobre todo, de la motivación y la educación del proceso de instrucción. Hay que aclarar que al referirnos a actividades socialmente útiles, no consideramos la rentabilidad económica; lo que verdaderamente importa es la rentabilidad social: que el minusválido profundo se encuentre integrado en una sociedad de adultos que le permitan una vida de trabajo.

Necesidad de desarrollar actividades recreativas y disfrutar del tiempo de ocio. El minusválido psíquico profundo, como un aspecto fundamental de la integración social, tiene necesidad de disfrutar de actividades de esparcimiento y de compartir con los demás ciudadanos las diversiones que la comunidad pone a su alcance. Para la satisfacción de esta necesidad es imprescindible la colaboración y solidaridad de toda la sociedad, aceptando a los minusválidos profundos como personas con plenos derechos de disfrutar de cuantos recursos recreativos se dispongan en la comunidad.

Necesidad de que se protejan sus derechos

Los minusválidos psíquicos profundos, como otros grupos de personas que no logran responder a los estándares exigidos por la sociedad, corren el riesgo de ser rechazados por ella. La indiferencia, por no decir la hostilidad, debe ser combatida por la afirmación del derecho a ser diferentes de hecho aunque iguales en derecho. La sociedad tiene el deber de ayudarlos, en reconocimiento de la igualdad de derechos en cuanto a seres humanos. Pero también es preciso que reconozca que estas diferencias exigen la aplicación de medidas concretas y la de una protección especial. El deber de la sociedad de aceptar este derecho del minusválido a la diferencia para permitirle tratar de alcanzar la igualdad a la que tiene derecho constituye, en primer lugar, una obligación para el Estado, el único que dispone de poder para aplicar esos derechos y de exigir que sean respetados, y, en segundo lugar, un compromiso de solidaridad para los ciudadanos sin cuya actitud de aceptación de las personas minusválidas hará imposible la satisfacción de muchas de las necesidades a las que nos hemos referido anteriormente.

RESPUESTA A ESTAS NECESIDADES

Al intentar analizar en qué medida la asistencia que se les da a los minusválidos psíquicos profundos responde a sus necesidades, vamos a encontrar una gran variabilidad dependiendo de la situación concreta de cada minusválido y de lo específico de cada necesidad.

En general, podemos decir que las necesidades físicas se encuentran bien satisfechas a nivel biológico, pero se encuentran todavía deficiencias en la satisfacción de sus implicaciones sociales. Aquí habría que preguntarse si los minusválidos psíquicos profundos disfrutan, en general, de una calidad de vida similar a la del resto de los ciudadanos. Habría que preguntarse qué valor les damos a sus vidas y a la calidad de éstas. ¿Están adecuadamente vestidos, viven en lugares dignos y con posesión de un espacio que les permita tener intimidad...?

En cuanto a la satisfacción de las necesidades psíquicas, como es fácil suponer, se encuentran en mucha mejor situación los minusválidos que viven con su familia que los que viven en instituciones, a menos que éstas estén bien planificadas y el personal esté formado y seleccionado adecuadamente para responder a estas necesidades. Si bien en este capítulo la familia tiene la primacía, ello no exime de responsabilidades a la sociedad, ya que los familiares del minusválido profundo van a necesitar la ayuda de las instituciones sociales y el apoyo y solidaridad de los ciudadanos.

Referente a las necesidades que han de satisfacerse para la promoción personal y la integración social, si bien la Ley de Integración de los Minusválidos de 1982 expresa el deseo de que «las medidas tendientes a la promoción educativa, cultural, laboral y social de los minusválidos se lleven a cabo...», cinco años después de la promulgación de esta ley seguimos esperando que se convierta en realidad. Muchos minusválidos psíquicos profundos están al margen de la educación, atendidos exclusivamente a nivel asistencial. Si observamos deficiencias en la educación de los minusválidos psíquicos profundos, aún es más lamentable su situación respecto al trabajo; se les dan pocas oportunidades de desempeñar una tarea, justificando esta situación con el prejuicio de «que no son capaces de hacer nada productivo». Muchos de los minusválidos psíquicos profundos del centro donde yo trabajo son capaces de realizar tareas domésticas (hacen camas, limpian el comedor...), acondicionamiento de jardines y patios, trabajos sencillos en el taller..., recibiendo un salario por ello y manifestándose muy satisfechos. A la hora de hablar del trabajo de los minusválidos psíquicos profundos, es necesario fijarse más en la rentabilidad social que en la producción económica. Es triste comprobar que ya en los presupuestos de 1987 se congeló la partida que fomenta el empleo para las personas deficientes. Lo mismo que es triste leer en un periódico que a los niños deficientes mentales de tal centro se les ha restringido la entrada a una piscina pública. Todavía se sigue rechazando y marginando socialmente al minusválido psíquico. Todavía no es una realidad la integración social de los minusválidos. ¿Cuáles son las razones de ello? Creo que esto tiene unas causas y trataré de exponerlas brevemente:

1. Falta de recursos en el sector de Servicios Sociales.

2. Competencia con otros problemas sociales urgentes de solucionar, como por ejemplo el paro.
3. La situación de indefensión propia de los minusválidos psíquicos profundos. Todos los grupos marginados se encuentran en franca desventaja a la hora de defender sus derechos, pero entre ellos quizás sean los minusválidos psíquicos profundos los menos capacitados para ir en defensa de sus derechos. Sólo con la ayuda de sus familias y los profesionales que los atienden y con una clara conciencia de solidaridad por parte de toda la sociedad, se puede paliar esta situación de indefensión.
4. Falta de sensibilización por parte de la sociedad que ignora no sólo las necesidades de los minusválidos, sino a los minusválidos mismos, considerándoles algo así como *ciudadanos de segunda categoría*, marginándoles y entrando así en un círculo vicioso. Porque se les margina y se les aísla, no se les conoce; porque no se les conoce, no se les valora como personas, sino como algo extraño; porque no se les valora, la sociedad no se preocupa de sus necesidades; y finalmente, como no se preocupa de sus necesidades no se les dan los recursos necesarios, haciéndoles caer de nuevo en la marginación. La sociedad se preocupa poco de cómo viven los minusválidos psíquicos profundos, y no es suficiente únicamente que el Estado legisle, se necesita una sociedad sensible a las necesidades de los más débiles que exija que las leyes dejen de ser declaraciones programáticas y teóricas y pasen a formar parte de la realidad. Cuando hayamos conseguido que la integración y la igualdad de derechos de los minusválidos psíquicos profundos deje de ser un eslogan, la sociedad se habrá convertido en algo más justa y solidaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Mitter, P.: *Calidad de vida y servicios para personas con deficiencias*. Siglo Cero, n.º 105, 1986.
- Torrelli, M.: *La protección de los derechos de los impedidos*. Siglo Cero, n.º 105, 1986.
- Olechnowicz, H.: *La integración social de los deficientes mentales severos y profundos*. Fundación General Mediterránea, 1979.
- O'Brien, John: *Dignificación de las personas e integración en la comunidad en los programas de atención*. Siglo Cero, n.º 102, 1985.
- Bosch, G.: *Delimitación y tipos de deficiencia mental grave*, Siglo Cero, n.º 82, 1982.
- Wolfensberger, W.: *The principle of normalization in human services*. National Institute of Mental Retardation, 1972.
- Informe: *El retrasado Mental Profundo*. Revista Internacional del Niño, n.º 32, marzo, 1977.
- Censo Nacional de Minusválidos. Voces.
- García Hernández, S.: *Deficientes mentales profundos*. Estimación de la población existente. Minusval, n.º 42, noviembre, 1983.
- Heal, L. W. y otros: *Investigación de las alternativas Residenciales que la Comunidad ofrece a los Retrasados Mentales*. Investigación en Retraso Mental. Panorama Internacional, vol. 1, 1981.
- Wolfensberger, W., y Glenn, L.: *Program Analysis of Service Systems*. A method for the quantitative evaluation of human services. National Institute on Mental Retardation, 1975.

LH

2.7 LOS NUEVOS POBRES: LOS ANCIANOS ENFERMOS

Jesús Zurbano, M. I.

Director de la Residencia Asistida
de Tres Cantos (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Si me piden una definición de este grupo social me sería muy difícil hacer una en la que pudiese encuadrar a la mayor parte de las personas que integran este colectivo.

Cada anciano enfermo tendría una definición para su caso. Ahora sí que es un tópico eso de que cada persona es un mundo.

Normalmente no son aceptados por sus propias familias, pertenecen a una generación que ha luchado por una mejora del nivel de vida, pero que cuando podían comenzar a disfrutar de él, la enfermedad y los años les han chafado todo.

Sociológicamente vivieron el tipo de familia *patriarcal* en la que el abuelo fue el rey de la casa hasta su fallecimiento. Cuando a ellos les ha tocado tomar el relevo, esa institución familiar se ha desmoronado y no encuentran lugar dentro de la misma. Inconscientemente luchan por ser el abuelo considerado, querido, tenido en cuenta, pero esta lucha se vuelve en contra de ellos y produce los efectos contrarios a los que pretendían.

Con los problemas originados por la poca aceptación de los hijos y nietos y agudizado esto por las diferencias generacionales, en la mente de todos surge la idea de la residencia como solución. Lo peor es que cuando ésta está al alcance del abuelo, éste se vuelve atrás; no quieren abandonar su casa, llena de recuerdos y vivencias, ni sentir la soledad y el abandono de los suyos. Parece un contrasentido, pero es así.

¿QUIÉNES SON?

«Un grupo que no tiene acceso a un nivel medio equiparable de *calidad de vida*».

- No tienen acceso al nivel de vida porque nuestro sistema socio-económico es de *dependencia y opresión*, y por tanto, de marginación.
- Los indicadores más significativos son *producción y consumo*. Nuestro colectivo ni produce ni consume. No contribuyen a la acumulación de la plusvalía y carecen de capacidad adquisitiva. Sólo producen gasto. Son un lastre social.
- Nuestros 4.759.348 ancianos actuales no tienen ni derecho a un especialista. Dicen que la ancianidad no es ninguna enfermedad. Pero ahí está la realidad de ese 70 % de camas hospitalarias ocupadas por mayores de 65 años.



Sus derechos como ciudadanos

El punto de partida de una solución aceptable es sus derechos ciudadanos. No la compasión o beneficencia altruista. Si toda marginación es injusta, ésta lo es más por los derechos adquiridos en su anterior participación y contribución a la sociedad actual.

¿CUÁNTOS SON? DEMOGRAFÍA

Índice y factores de envejecimiento

El problema planteado a raíz del progresivo aumento de la población mayor de 65 años y sus implicaciones sanitarias es un tema que preocupa a todos los países desarrollados. Internacionalmente se suele escoger la edad de 65 años como parámetro donde se incluye a la población anciana para diferenciarla de la población joven y la adulta.

Denominamos *países jóvenes* a los que tienen un índice de envejecimiento menos del 7 %, y *de población adulta* a los incluidos entre el 7 y 10 %; entre el 10 y el 14 %, se denominan *países de población anciana*, y los que superan este 14 % pasan a ser llamados *países con población muy envejecida*.

España, en el año 1975, se inscribe por propios méritos entre los países de población anciana, ya que supera el 10 % de índice de envejecimiento.

Asimismo, la esperanza de vida que en 1970 era en nuestro país de 69 años para los varones y de 74 para las mujeres, quince años después hemos alcanzado los 76 años de media de supervivencia.

La disminución de la mortalidad y de la natalidad son las dos causas que provocan el envejecimiento de la población. El descenso de la mortalidad precede históricamente al de la natalidad. En primer término disminuyó la mortalidad en Europa y, con cierto retraso, en España.

Años	Esperanza de vida al nacer			Esperanza de vida a los 50 años		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
1900	33,85	35,70	34,76	18,04	19,05	18,56
1940	47,12	53,24	50,10	18,43	22,68	20,05
1950	59,81	64,32	62,10	22,23	25,34	23,87
1960	67,40	72,16	69,85	25,20	27,73	26,45
1970	69,57	75,06	72,36	24,57	28,57	26,08
1975	70,40	76,19	73,34	24,96	29,30	27,23
1980	71,30	77,07	75,62	25,15	30,45	29,60

El incremento constante del envejecimiento se acelera a partir de los años 50 y en sólo 25 años, aumenta en un 3,2 puntos porcentuales. Ello significa un incremento del 44 % de la población de 65 y más años con relación a la población total.

Conclusiones

1. Así como detectamos un incremento notable en la prolongación de los años de vida, esto no va siempre *unido a una calidad de vida*, entendiendo por calidad de vida el estado de bienestar que abarca a la totalidad de la persona. Mucho de lo investigado e invertido en la reducción de la mortalidad infantil y en la tecnología médica actual, junto con otras medidas sociales y políticas han conseguido que el promedio de vida esté en los 76 años, pero falta mucho por investigar para que la calidad de vida de los ancianos sea lo digna que se merecen, como parte de la sociedad que son.

Población anciana española por grupos de edad y sexo calculada al 31-XII-86

Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
65 y más	1.936.025	10,08	2.823.323	14,26	4.759.348	12,22
70 y más	1.279.177	6,68	1.983.731	10,02	3.262.908	8,38
75 y más	745.047	3,89	1.232.072	6,22	1.977.119	5,07
80 y más	340.906	1,78	627.366	3,16	968.272	2,48
85 y más	117.059	0,61	235.919	1,19	352.978	0,90

2. A partir de 1985 en que ya han empezado a entrar en la tercera edad las generaciones nacidas entre 1920 y 1935, se produce un fuerte incremento en nuestro país, ya que tal y como demuestran las gráficas, éstas generaciones son más numerosas que las precedentes y que las siguientes.
3. La caída brutal de la natalidad agudiza el problema del envejecimiento de la población.

El número de nacimientos en 1987 será menos que el de 1937 o 1938, período de guerra. Los nacimientos esti-

mados para 1987, serán 225.000 menos de los que hubo en 1976 (unos 680.000). Todos ustedes saben que este año se han escolarizado 123.000 niños menos que el año pasado. En otras palabras: en los últimos 8 años las generaciones han reducido sus efectivos en 1/4. La tasa de natalidad ha caído en el mismo período en más de seis puntos por mil, situándose en torno al 12,5 por mil en el presente año.

4. Las previsiones, basadas en los datos estadísticos reales que manejamos, nos hacen situar en un 15 % el índice de envejecimiento de nuestra población en los próximos 10 años. Lo cual significa que habrá 2.000.000 de jóvenes menos y, por contra, se incrementarán en 2.500.000 los mayores de 65 años, que junto a los 5.000.000 actuales nos dan un total que ronda los 8.000.000 de ancianos.

Parece claro que la sociedad española no tendrá más remedio que prepararse para hacer frente a las necesidades y problemas que el envejecimiento de su población plantea, rebasando el ámbito familiar en el que fundamentalmente hasta ahora se planteaba y resolvía.

Distribución de la población en algunos países europeos en % por grupos de edad en 1981

Países	Grupos de edad					
	0-14 años		15-64 años		65 años y más	
	Año	Año	Año	Año	Año	Año
	1975	1981	1975	1981	1975	1981
R. Alemana	21,5	18,2	64,1	66,2	14,4	15,6
Francia	23,9	22,2	62,6	65,2	13,5	13,8
Italia	24	21,3	63,8	65,1	12,2	13,6
Reino Unido	23,4	20,7	62,7	64,1	13,9	15,2
Suecia	20,7	19,3	64,7	63,8	14,6	16,9
España	27,1	25,6	62,5	63,1	10,4	11,4

PROBLEMÁTICA GENERAL

¿Qué necesidades presentan en general?

Según el estudio sociológico publicado en el libro *El médico y la 3.ª edad*, las necesidades expresadas por ellos son las siguientes:

- Mejorar las pensiones 58,8 %
- Más plazas en residencias 23,1 %
- Ayuda a domicilio 18,3 %
- Hospitales para ancianos 13,3 %
- Cariño 5,4 %

¿Quién deberá dar soluciones a estos problemas según ellos?

- El gobierno 70,3 %
- La propia familia 12,9 %
- El ayuntamiento 10,8 %

El artículo 50 de la Constitución española dice: «Los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica a los ciudadanos durante la 3.ª edad mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente» y «con independencia de las obligaciones familiares promoverá el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que prestarán atención a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio».

La constitución puede ser muy clara y contundente pero la realidad no puede ser más deprimente. Según un estudio sociológico realizado por el gabinete Bernard Krief, la media de ingresos económicos por todos los conceptos en los hogares de ancianos es tan sólo de 39.300 pesetas al mes. Hay un 23 % que no supera las 21.200 pesetas, un 6 % que no llega a las 15.000 pesetas y un 2 % que sólo perciben la amarga realidad de pertenecer a esta sociedad.

DETERIORO FAMILIAR, CAMBIOS FISIOLÓGICOS, EMOCIONALES Y MENTALES EN EL ANCIANO

Al margen del hecho de vivir solo o no, el anciano se puede sentir solo. El grado, la calidad de relaciones familiares y sociales puede ser una causa importante que influye en ese sentimiento de soledad, de aislamiento. A ninguno de ustedes se le oculta la grave crisis social, familiar que estamos atravesando, de especial gravedad en los ambientes industriales. Las escasas dimensiones de la vivienda, la lejanía entre ellas, etc. Todo esto, unido a las dificultades que presenta el anciano, nos viene como anillo al dedo para desprendernos de él.

Veamos los rasgos más característicos.

Los ancianos sufren cambios emocionales

- Tienen a ser menos entusiastas.
- Tienen a conductas de épocas pasadas, típicas de la infancia.
- Tienen dificultad de expresar el *calor humano*.
- Son discutidores, opositores, irritables.

Los ancianos sufren cambios en los intereses personales

- Aumenta el interés por su persona, su salud.
- Descuidan su ropa, sus vestidos.
- Se interesan más por la religión, se vuelven fanáticos.
- Se interesan más por la muerte, aunque no hablen de ella.

Los ancianos sufren cambios mentales

- La creatividad decrece con la edad.
- Tienen menos rapidez en el razonamiento.
- Recuerdan mejor el pasado que el presente.
- Su vocabulario se deteriora lentamente.

Conclusión: Sin la comprensión de todas estas características, difícilmente podemos *acoger, prevenir, entender* y *resolver* la problemática del anciano enfermo.

¿CUÁNTOS ANCIANOS SON INVÁLIDOS O ENFERMOS?

Número y condiciones de vida del anciano enfermo

En la 3.^a edad existe una mayor incidencia de la enfermedad, y el tipo de dolencia que se produce suele ser de larga duración con tendencia a la cronicidad. Esta cronicidad obliga no sólo a una atención médica más intensa, sino a la utilización de otros recursos que permita al anciano asumir por sí mismo la cobertura de sus necesidades.

Es normal que el deterioro personal del anciano multiplique automáticamente su situación, precaria de por sí.

Llegado este momento, se hace difícil distinguir si la en-

fermedad convierte al anciano en un caso social agudo o se trata de un caso social agudizado por la enfermedad.

Las estadísticas nos dicen que el 70 % de la población hospitalaria son ancianos.

Una reciente estadística de este verano me daba el 35 % de inválidos o enfermos sobre una población de 18.000 ancianos. La Cruz Roja, en unas estimaciones recientes, apunta el 37 % de incapacidad física y un 20,7 % de trastornos mentales. Lo que traducido a números nos da 1.760.959 ancianos inválidos y 1.189.837 ancianos con demencias, con el agravante de que generalmente viven solos y en viviendas semidesahuciadas.

¿Qué medios poseemos para atenderlos

Mientras otros países poseen 4 camas por cada 1.000 habitantes para estos enfermos, en España escasamente llegamos a 1,6 por cien; es decir, un déficit de 60.000 camas.

Y, ¿para cuándo la creación de unidades psicogerítricas para atender los diferentes grados de demencias seniles? Recuerden que tenemos 1.189.837 ancianos afectados. Las pocas plazas que existen son meramente testimoniales.

Para muestra un botón. Madrid, en el año 83, sólo poseía 5 residencias asistidas y algunas de ellas cerradas por falta de presupuesto.

Actualmente se están reconvirtiendo las instituciones del INAS y las grandes residencias de válidos, en módulos asistidos, para paliar la situación.

En una reunión conjunta de asistentes sociales de la Paz, 1.º de Octubre, H. Provincial y Cruz Roja, confirmaron la tesis de que el principal problema que afecta a los ancianos madrileños es precisamente la inexistencia de lugares donde morir con un mínimo de tranquilidad y dignidad. Varios de los servicios de los grandes hospitales están colapsados por altas *imposibles*. Estas altas, según el servicio de asistencia social del 1.º de Octubre, tardan en solucionarse entre 60 y 90 días de promedio, con un coste de 15 a 18.000 pesetas/día.

Condiciones infrahumanas de este colectivo

Un manifiesto social norteamericano dice: «Los hospitales están hechos para curar a la gente, las residencias para vivir en ellas, nuestras familias no están preparadas para soportar el espectáculo de la muerte. Conclusión: en esta sociedad no hay un lugar para morir».

La estadística nos da un alto porcentaje de ancianos enfermos que viven solos, sin recursos económicos y faltos de cariño. Pero como vale más una imagen que mil palabras, ahí tienen un ejemplo:

Angeles Vegillas, 65 años, residente hasta hace un mes en la aristocrática calle de Serrano, n.º 98. Su buhardilla, convertida en vivienda hace 40 años, tiene 25 m². Esta, como las demás buhardillas, tienen su consabido platito de pienso para las ratas en la puerta.

Es inválida, una osteoporosis le hace ocupar constantemente una cama de matrimonio, a su izquierda en una silla, los 21 bacadillos correspondientes a los días de la semana. A su derecha dos orinales y un cubo donde se van acumulando las deposiciones de la semana.

¿Es una excepción? Ni mucho menos. De los 11.000 ancianos que hay en Madrid, 5.000 viven en iguales o parecidas condiciones. Las ciudades se han convertido en auténticas ratoneras para nuestros mayores.

Pero lo que más duele es que la muerte de un drogadicto es noticia. Mientras, los ancianos encontrados muertos en sus domicilios por hambre, enfermedad, soledad o falta de cariño dejaron de ser noticia porque «es ley de vida».

Sin la comprensión de todas estas características, difícilmente podemos prevenir, acompañar, acoger, entender y menos resolver la problemática del anciano.

QUÉ SE ESTÁ HACIENDO

La situación actual de nuestra 3.^a edad dista mucho de ese proyecto alternativo que queremos definir como tiempo para vivir cuyo denominador común sea la *calidad de vida* según las diversas situaciones de los ancianos.

No sería justo si afirmara que no se está haciendo nada. En estos cinco últimos años detecto una preocupación creciente por intentar dar vías de solución al problema que se nos viene encima.

Pensiones

Parece que existe por primera vez una política decidida desde todos los sectores de la sociedad para dotar a nuestros ancianos de la capacidad económica que les garantice el futuro. Las últimas medidas tomadas por el gobierno así lo indican.

• Por otra parte, existen una serie de ayudas sociales que actualmente se están potenciando, desde la Administración, vía Inersero, Autonomías, Ayuntamientos, etc.; como:

- Mejoras de vivienda.
- Ayudas a domicilio.
- Clubes y hogares de jubilados.
- Empleo del ocio.
- Hospitales de día.
- Residencias asistidas.
- Atención geriátrica, etc.

Pese a este esfuerzo, aún nos encontramos por debajo de la media europea. Ya que estamos con un índice de 14,4 % de pobreza y la media europea es de 11,4 %. Tres puntos por encima.

Los recursos que gastamos en política social son de 18,5 %, y la media en los países de la O.C.D.E. es de 24,3 %. Seis puntos por debajo.

QUÉ NO SE ESTÁ HACIENDO

Según mi modesto parecer, y la experiencia de 15 años trabajando en este sector, comenzaría por decir que en primer lugar falta una filosofía. La comprensión del ciclo vital debería convertirse en filosofía de la vida personal, familiar y social. Por lo tanto, las diferentes etapas de la vida habría que medirlas funcionalmente, según su capacidad de realizar funciones vitales. Se requiere para conseguir esta finalidad una íntima colaboración entre *personas, instituciones y disciplinas*.

Este plan debe abarcar importantes medidas legislativas. Debe intentar configurar formas de vida y asistencia, ya que afecta a un colectivo importante de la población total del país.

- 1.º La Administración debe quitarse la venda de los ojos y reconocer la gravedad del problema. Me consta que posee ya los

datos. Ya han realizado suficientes estudios sociológicos. Esperamos soluciones. Que se apliquen mayores recursos de los presupuestos del Estado. Para 1988, el aumento previsto de un 17 % es sólo un pequeño balón de oxígeno que agoniza a borbotones.

- 2.º Coordinación de todo lo que suponga un servicio público. No es ideal estatalizar instituciones y menos si los recursos son escasos. Las instituciones que funcionan deben considerarse como servicio público, sobre todo cuando no tienen afán de lucro. Entidades probadas que tienen función pública deben ser mantenidas con recursos públicos.
- 3.º La inclusión de la geriatría en los planes sanitarios del INSALUD. Un 90 % de profesionales está en desacuerdo con la atención que la sanidad presta a los ancianos.

Un 83 % desearía enviar sus pacientes a servicios de geriatría.

Un 89 % desearía la creación de ese servicio.

DENUNCIA:

EL GRAN NEGOCIO DEL ANCIANO ENFERMO

Es una pena que no coticen en bolsa. Ésta subiría muchos enteros. Es un negocio rentable y seguro con ribetes de canchalesco.

En la crisis hotelera de los 70 pude comprobar como ésta se solucionaba en Cataluña mediante la reconversión del hotel en residencia de ancianos.

Responsable como era entonces de un servicio de urgencias, pude denunciar el estado lamentable en que acudían los ancianos ingresados en estos hoteles-residencia.

Sí, ofrecían unos servicios médicos que sólo existían para garantizar el certificado de defunción.

En esa época el 30 % de residencias estaban en manos de la Administración; el 37 % dependían de órdenes religiosas y el 33 % estaban en manos privadas.

En 1981 aún en el sector había 66 órdenes religiosas dedicadas al cuidado del anciano, con más de 4.000 religiosos que prestaban su servicio bien en instituciones propias o ajenas cubriendo un 77 % de la población anciana.

Hoy, seis años después, tengo que decirles que el 71 % de las nuevas residencias, dadas de alta, pertenecen al sector privado no religioso. Sus características más comunes son: precio alto y servicios deficientes, salvo algunas excepciones.

Los extremos se pueden caracterizar como «hoteles de 2.^a y muy caros» y «puericultores de juzgado de guardia» que no resultan baratos pero que están protegidos por la gran carencia de plazas, que impone el criterio de «más vale un techo que la calle».

Señores, se ha desatado el mercado más negro de todos los tiempos. Donde la oferta y la demanda es la ley. Donde está permitido seleccionar con criterios de rentabilidad porque hay abundancia de producto.

Surgen como hongos por doquier los «nuevos almacenes de enfermos». Mientras que la Administración saca unas normas que no aplica y deja hacer porque el problema le desborda, la sociedad se estremece levemente cuando nos enteramos por la prensa que algún anciano ha muerto incinerado en un local donde estaban autorizados para mal vivir 33 y había 105. Asómense, por favor, y sientan rabia, vergüenza e impotencia ante ese piso de 60 m² de su barrio en el que se hacían 20 abuelos en el espacio de una familia. ¿Precios? No se preocupen, que nadie controla las tarifas.

Inviertan, señores, que el sector del anciano inválido o senil es rentable y abundante.

PAUTAS PASTORALES A TENER PRESENTES EN ESTE GRUPO DE MARGINADOS

1. Recuperar a las personas. «Su pasado está derrumbado». Sólo la esperanza puede hacerle superar su estado depresivo y pesimista. «Quererle».
2. Potenciar sus valores espirituales y morales y actualizarlos. La soledad, el desengaño y el abandono han *dado* con ellos.
3. Conexión con la familia. Todavía hay lugar para el perdón e ilusión para restablecer lo que no ha sido posible por diversos motivos. Cuando el anciano tiene solucionado su problema en la Institución, la familia suele tener menos problemas para acercarse a él.
4. Acompañamiento físico. Yo diría que la mejor pauta pastoral, tanto para el anciano enfermo y/o agonizante, es el saber estar, el saber acompañar, el juntar las manos durante buenos ratos. Por lo que observo en mí y en mi entorno, la mejor

terapia espiritual que beneficia a ambos: al anciano enfermo y al agente de pastoral.

Creo que no existe fórmula mejor de demostrar que se quiere a las personas. Desgraciadamente hay demasiadas ocupaciones y demasiados enfermos. Pero eso que nos perdemos. ¿Qué mejor lugar para preparar una homilía, para hacer oración?

BIBLIOGRAFÍA

Agüero, Leguina, Olano: *La hora maltusiana en España*. 1984.
El médico y la 3.ª edad. Libro Blanco, Estudio Sociológico.
Los ancianos de los 80. Diputación de Madrid.
 Varios: *Introducción a la gerontología social*. Colección Rehabilitación.
 Gonzalo Canal: *Envejecer no es deteriorarse*. Ed. Paraninfo.
Marginación social en España. Cáritas.
Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos. Colección Bienestar Social.
Gerontología geriátrica. Cuadernos de enfermería. **LH**

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1988

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 1.700
Extranjero (correo ordinario) \$	18
(correo aéreo) . . \$	22

Apellidos	Nombre
Calle	Número
Código Postal	Población
Teléfono	Profesión
	Nombre
	Piso
	Provincia o país
	Puerta

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- Por Giro Postal
(indicando, por favor: Cta. 353.271 Banc Català de Crèdit, Agència Cervantes)

Por cheque nominativo adjunto N.º a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

C./Cte. N.º Libreta N.º

Domicilio de la sucursal:

Población: D.P.

Provincia:

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

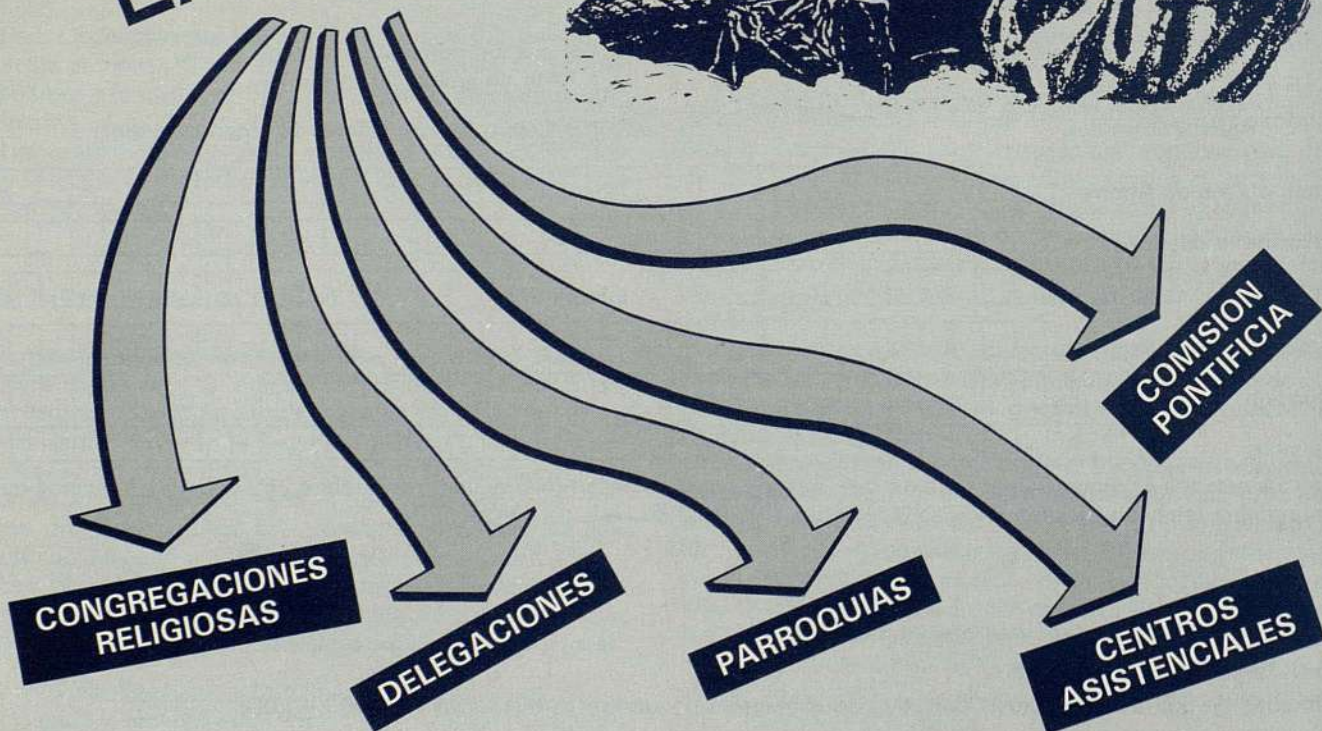
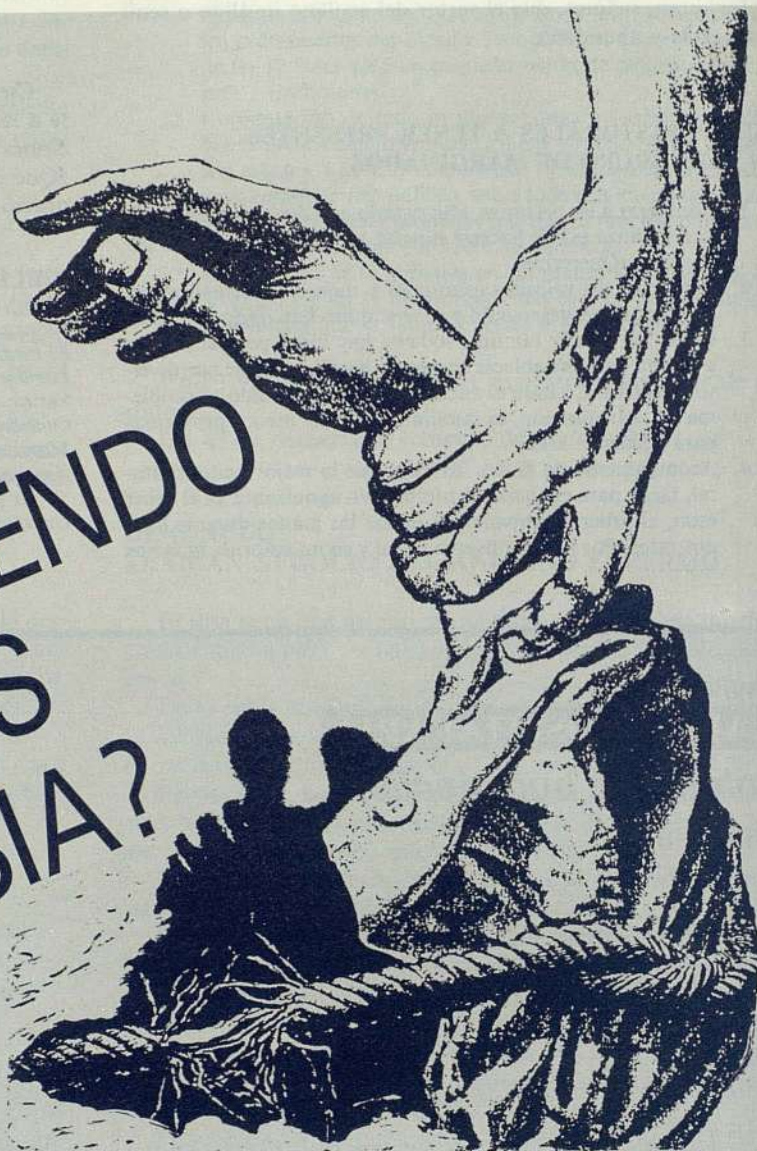
....., a de de
 Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Carretera de Esplugas s/n - 08034 BARCELONA (Tel. 203 40 00)

¿QUÉ
ESTÁ HACIENDO
POR ELLOS
LA IGLESIA?



3. ¿QUÉ HACE LA IGLESIA?: ALGUNAS RESPUESTAS

El «mapa de la realidad» anteriormente descrito, sin ser exhaustivo, resulta suficientemente interpelante para cualquier persona que no tenga gravemente afectada su sensibilidad humana.

Las demandas que de él se desprenden van más allá de respuestas aisladas, parciales y meramente voluntaristas. Exigen una toma de posición clara de quienes pueden y deben, en una acción coordinada y coherente, elaborar políticas plausibles de ofrecer soluciones acordes a la magnitud de los problemas planteados.

Desgraciadamente, la Iglesia no dispone de suficiente «oro ni plata», aunque podamos dar la impresión contraria en muchos momentos, con el que remediar los mismos. Pero ha de dar lo que tiene. Ha de hacer signos y gestos. Ha de prestar su voz a los que carecen de ella, ha de pronunciar su denuncia profética, ha de tomar posturas que, dentro del marco de sus posibilidades, signifiquen el mensaje de liberación y salvación del que es portadora.

A continuación presentamos un pequeño —exiguo— muestrario de este tipo de acciones y presencias. Por supuesto, no están en él todos los que son, ni muchísimo menos. No pretendemos, en ningún momento,

hacer un catálogo de cuanto se está llevando a cabo, Dios sabe en qué rincones de la geografía mundial, en nombre de la Iglesia.

Hemos elegido un elenco de experiencias que recogen los diversos ámbitos de esta presencia: la actividad de una Pontificia Comisión —recientemente creada— y dedicada expresamente a ello; la misión de una Orden Hospitalaria; un plan de acción de una Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria; una experiencia de mutua colaboración entre la Iglesia y un plan de atención de la Administración para ancianos enfermos; y, finalmente, un estilo de atención a los enfermos desde una parroquia.

Repetimos: no están todos ni pretendíamos que lo estuvieran. Ni, probablemente, quienes están sean en todo caso los más significativos.

En definitiva, cuando se trata de ayudar al necesitado, el auténtico problema no es el de aparecer en ningún sitio sino el de saber estar donde hay que estar y con quien hay que estar. Y si se aparece, que sea como «el celemín que se pone en lo más alto de la montaña a fin de que alumbre la ciudad».

3.1 COMISIÓN PONTIFICIA PARA LOS AGENTES DE PASTORAL SANITARIA

José Luis Redrado, O.H.

Secretario de la Pontificia Comisión
para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Roma

Comienzo con una afirmación: la Iglesia ha estado siempre presente entre los más necesitados, es algo que nadie puede ignorar. Aun en los países más avanzados podemos leer este signo. Sería aleccionador poderlo contrastar con números primeramente y contemplarlo igualmente en la realidad viva, entregada, silenciosa, sacrificada de muchas personas. El estudio del Index-

Ecclesiae Instituta Valetudinis Fovendae Toto Orbe Terrarum, elaborado por la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios nos confirmaría en muchos datos sobre la realidad de esta presencia, recabando, asimismo, razones sobre la misma.

Es una reflexión que brindo a los estudiosos y, ojalá, alguien se animara a llevarla a cabo; le diré que encontrará material para una tesis doctoral o para un trabajo muy serio.

El objetivo de estos minutos que me habéis concedido es presentar mis últimas impresiones, sacadas sobre todo de los múltiples viajes y contactos habidos en poco más de un año. No es ninguna experiencia cercana, seguida y vivida, paso a paso, so-

3. ¿QUÉ HACE LA IGLESIA?: ALGUNAS RESPUESTAS

El «mapa de la realidad» anteriormente descrito, sin ser exhaustivo, resulta suficientemente interpelante para cualquier persona que no tenga gravemente afectada su sensibilidad humana.

Las demandas que de él se desprenden van más allá de respuestas aisladas, parciales y meramente voluntaristas. Exigen una toma de posición clara de quienes pueden y deben, en una acción coordinada y coherente, elaborar políticas plausibles de ofrecer soluciones acordes a la magnitud de los problemas planteados.

Desgraciadamente, la Iglesia no dispone de suficiente «oro ni plata», aunque podamos dar la impresión contraria en muchos momentos, con el que remediar los mismos. Pero ha de dar lo que tiene. Ha de hacer signos y gestos. Ha de prestar su voz a los que carecen de ella, ha de pronunciar su denuncia profética, ha de tomar posturas que, dentro del marco de sus posibilidades, signifiquen el mensaje de liberación y salvación del que es portadora.

A continuación presentamos un pequeño —exiguo— muestrario de este tipo de acciones y presencias. Por supuesto, no están en él todos los que son, ni muchísimo menos. No pretendemos, en ningún momento,

hacer un catálogo de cuanto se está llevando a cabo, Dios sabe en qué rincones de la geografía mundial, en nombre de la Iglesia.

Hemos elegido un elenco de experiencias que recogen los diversos ámbitos de esta presencia: la actividad de una Pontificia Comisión —recientemente creada— y dedicada expresamente a ello; la misión de una Orden Hospitalaria; un plan de acción de una Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria; una experiencia de mutua colaboración entre la Iglesia y un plan de atención de la Administración para ancianos enfermos; y, finalmente, un estilo de atención a los enfermos desde una parroquia.

Repetimos: no están todos ni pretendíamos que lo estuvieran. Ni, probablemente, quienes están sean en todo caso los más significativos.

En definitiva, cuando se trata de ayudar al necesitado, el auténtico problema no es el de aparecer en ningún sitio sino el de saber estar donde hay que estar y con quien hay que estar. Y si se aparece, que sea como «el celemín que se pone en lo más alto de la montaña a fin de que alumbre la ciudad».

3.1 COMISIÓN PONTIFICIA PARA LOS AGENTES DE PASTORAL SANITARIA

José Luis Redrado, O.H.

Secretario de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Roma

Comienzo con una afirmación: la Iglesia ha estado siempre presente entre los más necesitados, es algo que nadie puede ignorar. Aun en los países más avanzados podemos leer este signo. Sería aleccionador poderlo contrastar con números primeramente y contemplarlo igualmente en la realidad viva, entregada, silenciosa, sacrificada de muchas personas. El estudio del Index-

Ecclesiae Instituta Valetudinis Fovendae Toto Orbe Terrarum, elaborado por la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios nos confirmaría en muchos datos sobre la realidad de esta presencia, recabando, asimismo, razones sobre la misma.

Es una reflexión que brindo a los estudiosos y, ojalá, alguien se animara a llevarla a cabo; le diré que encontrará material para una tesis doctoral o para un trabajo muy serio.

El objetivo de estos minutos que me habéis concedido es presentar mis últimas impresiones, sacadas sobre todo de los múltiples viajes y contactos habidos en poco más de un año. No es ninguna experiencia cercana, seguida y vivida, paso a paso, so-

bre todo en la atención directa a los enfermos más necesitados y desasistidos.

● **Por poner un ejemplo contrastado diré:** En mi último viaje a la India (agosto 87) visité, junto con monseñor Angelini, el estado de Kerala, que cuenta con 360 centros sanitarios católicos, de los cuales visitamos 24. Hablar aquí de más necesitados es hablar de higiene, de alimentación, de profilaxis materno-infantil, de enseñanza sanitaria de base; esto es urgente; se palpa la necesidad, lo mismo que la atención a los leproarios, ancianos, etc. Aquí hemos visto signos de presencia de Iglesia muy laudables; religiosas que han entregado y entregan su existencia a una labor que nunca acaba, que parece que comienza de nuevo cada día. Y esto dentro de la escasez de medios, de no saber cómo hacer, teniendo presente que debe darse el cambio y, a veces, no poder. Es una presencia de vanguardia, sin armas, a pecho descubierto, con pocas posibilidades materiales, pero con una fe robusta, con un corazón grande, con un gran amor a esos necesitados. He escuchado relatos vivos, experiencias llenas de calor, de emoción, que me han hecho recordar el evangelio: «quien pierde su vida por Mí, la hallará». He visto que esto es verdad, que no era una idea, un programa, sino una vida vivida, experimentada, entregada. Una visita de este calibre me ha hecho más bien que unos Ejercicios Espirituales, al menos me ha puesto más en camino de conversión, me he sentido más evangelizado, he sentido la fuerza del Espíritu que renace dentro de la pobreza de medios, en vidas abiertas y generosas.

● **En la misma línea** podría poner la visita a África (Benin y Togo, enero, 1987). Tierra nueva, virgen, ancha, lugar donde la Iglesia está muy presente, se ve, no necesita de muchas explicaciones. Tierra donde las necesidades son cada vez más grandes, donde caben muchos, donde hay lugar para todos. Una visita así te deja el corazón pequeño, te sientes impotente, pero al mismo tiempo respiras aires nuevos: serenidad, juventud y un nuevo estímulo para trabajar.

● **El otro ejemplo contraste** es la visita al Japón —junio, 1987—. Una nación con 120 millones de habitantes, minoritariamente católicos —0,35 %—; un país donde el trabajo, la técnica, la industria y el desarrollo social son algo más que una realidad: *Made in Japan* es algo que la misma sociedad de consumo pone siempre ante nuestros ojos.

Alguien pudiera hablar aquí de un paraíso donde el dolor y la enfermedad hubiera desaparecido, donde, incluso, la presencia de la Iglesia estuviera superada; todo lo contrario. Hemos visto que la Iglesia tiene aquí un gran espacio para la evangelización y es precisamente a través de la salud y la enfermedad —lenguajes comunes y universales— como la Iglesia puede penetrar con sus valores, puede estar presente y evangelizar.

Sí, es verdad que no hemos visto la necesidad material y estructural de los países subdesarrollados, pero hemos palpado, sin embargo, el clamor, la necesidad que tiene todo hombre enfermo, anciano, minusválido, de otro hombre, la necesidad de cariño, de acogida, de un espacio para el diálogo. Hemos visto que pobreza no es sólo carencia de bienes materiales; también el hombre es pobre en países ricos; es pobre si le falta afecto, está solo, recluso a veces en instituciones bien acondicionadas, pero todo servido, pagado, sin entrar en juego la persona; es pobre, este hombre, en países ricos si, igualmente, el cultivo de los valores está centrado de una manera muy preponderante en lo material.

Si del Japón pasamos a Estados Unidos, podría confirmar lo mismo desde la experiencia rápida de dos viajes en un año (junio 1986 y febrero, 1987).

También la Iglesia deberá aprender a estar aquí y saber utilizar medios, lenguajes y signos apropiados. Digo *deberá aprender* porque creo que es algo en lo que la Iglesia debe hacer nuevos

esfuerzos, ensayar nuevos caminos de penetración del Evangelio también en estas culturas de riqueza o donde los católicos son minoritarios.

● **¿Cuáles son los enfermos más necesitados, más desasistidos, hoy?** Y podríamos hacer una gran lista de los mismos. Seguro que algunos son *necesitados* en todas partes. Los ancianos, los crónicos, los minusválidos; los de siempre, para los que no hemos encontrado las soluciones que necesitan.

Y en esta sociedad post-industrial, las llamadas enfermedades de la civilización: las cardiovasculares, las depresiones, la atención al final de la vida, las enfermedades de la carretera, de la prisa, etc...

El Consejo de Europa, en una reciente propuesta de programa trienal (1987-89) señala cuatro grandes problemas —necesidades— hoy en el campo de la salud y que necesitan especial estudio y atención; son: el SIDA, el cáncer, problemas del ambiente y estilo de vida, problemas sobre la vejez.

● **Con esta visión global sé** que no os he contado una experiencia que os conmueva. Es peligroso hablar de experiencias y contarlas sólo desde una línea y que sólo se puedan hacer experiencias y sean válidas cuando palpan la pobreza y la miseria materiales. Lo importante no es estar, sino *cómo se está*. En nuestras correrías, así como hemos subrayado el ejemplo concreto, evangelizador, en medio de las necesidades más básicas, también hemos denunciado la falta de lucha y el contrasigno que eran para la Iglesia algunas presencias, precisamente, en lugares de pobreza.

Es para eso, para *cómo hacer la presencia* para lo que se deben preparar las personas y no pensar, como muchas veces se ha hecho, que para estos medios más pobres todo el mundo vale; no es cierto.

Si el ministerio de curar a los enfermos es un mandato universal dado por Jesús a su Iglesia, la Iglesia debe universalizar esta presencia.

Si el carisma de la hospitalidad, de la curación de enfermos, que han recibido algunos cristianos y por ello se han consagrado en la vida religiosa a esta misión, si este carisma es universal, el instituto religioso, cada uno de sus miembros, debe tener una visión universal. Otra cosa será poder llegar a todo, cubrir todas las necesidades; de ahí la urgencia del discernimiento, el riesgo de la elección, los motivos de la misma y la oportunidad para que todo ello vaya más en la línea del evangelio, traducido *ahora y aquí*.

CONCLUSIONES

En una visión global de Iglesia y no sólo reductiva, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- a) La Iglesia es universal y debe hacerse presente en todas las culturas.
- b) La presencia evangelizadora de la Iglesia ha de hacerse con lenguaje y signos apropiados a las necesidades y culturas de cada pueblo.
- c) El tema salud, enfermedad y muerte, son lenguajes universales y medios muy apropiados para hacer presente a la Iglesia.
- d) La presencia de Iglesia en algunos medios sociales es signo evidente de evangelización y no necesita muchas explicaciones. En otros medios el signo es más ambiguo y el evangelizador precisa de un testimonio más fuerte para dar a entender el evangelio.
- e) No podemos descuidar los espacios de cultura y de técnica —abandonándolos— pensando que el testimonio de la Iglesia está más en lo visiblemente pobre.
- f) La pluralidad de opciones en la Iglesia es lo que le da todo su sentido de universalidad.

- g) La Iglesia —sabia y maestra durante muchos siglos— tiene que leer hoy los signos de los tiempos, pero en clave universal, escuchando al Espíritu que dice dónde y cómo significar hoy su presencia.

CONCLUSIÓN FINAL

Aprovecho esta oportunidad que me habéis concedido para agradecer en nombre de S.E.R. Mons. Angelini, Propresidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y en el mío personalmente, como secretario de dicha Comisión, para agradecer, repito, vuestro esfuerzo, entusiasmo y trabajo organizado en relación con la Pastoral Sanitaria de España y os estimulamos a avanzar cada vez más, abriendo nuevos caminos, sobre todo en lo que se refiere a las asociaciones de profesionales sanitarios, como nos consta que estáis estudiando y promoviendo, animados y guiados por don Javier, siempre el primero en los trabajos, y por el mismo Rude.

Y deciros también el gozo y la alegría que nos produce el ver grupos, como el vuestro que, con fidelidad al Papa y a la Iglesia

y con entusiasmo, trabajan en favor de los enfermos y profesionales.

La Pontificia Comisión es de todos, es vuestra también, como insistentemente repite por todas las partes Mon. Angelini. Es un don que el Espíritu, por medio del actual Papa, ha dado a la Iglesia. Este Dicasterio de la Sanidad es nuevo en el Vaticano, en la organización de la Iglesia. Como comprenderéis, es mucho el esfuerzo que estamos poniendo en estos primeros años y múltiple el trabajo, guiados por un hombre recio e ilusionado como es Mon. Angelini. Al trabajo de cada día —con puntualidad e ilusión— se une el extra de llevar adelante una revista en cinco lenguas, la catalogación de las obras sanitarias de la Iglesia en el mundo, las dos recientes publicaciones (los religiosos y los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud) y los numerosos viajes largos, pues los cortos no los contamos como tales. Todo ello está siendo un medio excelente a nivel de la Iglesia y reporta, al mismo tiempo, una experiencia y un fuerte conocimiento que nos puede —nos debe— ayudar a una verdadera animación y coordinación según el espíritu del mismo decreto institucional, el Motu Proprio *Dolentium Hominum*. **LH**

3.2 CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL CENTRO GERIÁTRICO ADOLF MONTAÑA DE GRANOLLERS (BARCELONA)

Dirección de Enfermería

Antes de presentar nuestra experiencia, que plasma una acción concreta y responde plenamente al tema escogido en esta XII REUNIÓN NACIONAL DE DELEGADOS DIOCESANOS DE PASTORAL SANITARIA: *¿Qué se está haciendo realmente con los enfermos más desatendidos y necesitados en la sociedad y en la Iglesia?*, creemos oportuno hacer una pequeña introducción que nos sitúe en el tiempo y en el espacio, y exprese que ésta es una acción real llevada a término a partir de la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Situación. La Fundación Hospital-Asilo de Granollers, está situada en la comarca del Vallés Oriental (con una extensión de 731 km² y 210.453 habitantes).

Entidad. Es una entidad sin fines lucrativos, con vigencia desde el año 1521; declarada de Beneficencia Particular por R. O. el 27 de julio de 1920.

Un Patronato de las características de la época rige hasta el momento actual el Hospital General y el Centro Geriátrico.

Finalidad. Su objetivo es: ATENDER A LOS ANCIANOS Y ENFERMOS DE GRANOLLERS Y COMARCA, CARENTES DE RECURSOS.

En 1947 se firmó el primer concierto con la Seguridad Social, lo cual posibilitó el acceso al centro de los trabajadores de la clase media y sencilla.

Desde su creación hasta el momento actual, disponiendo de más o menos recursos y pasando por muchas transformaciones, la Fundación ha procurado siempre atenerse a la finalidad por la cual fue creada: *dar asistencia a los enfermos y a los ancianos*.

La experiencia que exponemos a continuación es la creación y puesta en marcha del *Centro Geriátrico Adolf Montaña*, que depende de esta Fundación.

PROCESO SEGUIDO

Desde 1923 hasta 1984 la residencia de ancianos de la Fundación Hospital-Asilo de Granollers constaba de una planta baja, un piso y un desván.

Su capacidad era para 40 ancianos, distribuidos en salas de 4 a 6 camas y alguna habitación de 2 camas.

Debido a los años de utilización, a su estructura y a la falta de instalaciones, en el año 1980 el Patronato de la Fundación aprobó la construcción de una nueva residencia:

— Con una capacidad para unos 80 a 100 ancianos.

- g) La Iglesia —sabia y maestra durante muchos siglos— tiene que leer hoy los signos de los tiempos, pero en clave universal, escuchando al Espíritu que dice dónde y cómo significar hoy su presencia.

CONCLUSIÓN FINAL

Aprovecho esta oportunidad que me habéis concedido para agradecer en nombre de S.E.R. Mons. Angelini, Propresidente de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y en el mío personalmente, como secretario de dicha Comisión, para agradecer, repito, vuestro esfuerzo, entusiasmo y trabajo organizado en relación con la Pastoral Sanitaria de España y os estimulamos a avanzar cada vez más, abriendo nuevos caminos, sobre todo en lo que se refiere a las asociaciones de profesionales sanitarios, como nos consta que estáis estudiando y promoviendo, animados y guiados por don Javier, siempre el primero en los trabajos, y por el mismo Rude.

Y deciros también el gozo y la alegría que nos produce el ver grupos, como el vuestro que, con fidelidad al Papa y a la Iglesia

y con entusiasmo, trabajan en favor de los enfermos y profesionales.

La Pontificia Comisión es de todos, es vuestra también, como insistentemente repite por todas las partes Mon. Angelini. Es un don que el Espíritu, por medio del actual Papa, ha dado a la Iglesia. Este Dicasterio de la Sanidad es nuevo en el Vaticano, en la organización de la Iglesia. Como comprenderéis, es mucho el esfuerzo que estamos poniendo en estos primeros años y múltiple el trabajo, guiados por un hombre recio e ilusionado como es Mon. Angelini. Al trabajo de cada día —con puntualidad e ilusión— se une el extra de llevar adelante una revista en cinco lenguas, la catalogación de las obras sanitarias de la Iglesia en el mundo, las dos recientes publicaciones (los religiosos y los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud) y los numerosos viajes largos, pues los cortos no los contamos como tales. Todo ello está siendo un medio excelente a nivel de la Iglesia y reporta, al mismo tiempo, una experiencia y un fuerte conocimiento que nos puede —nos debe— ayudar a una verdadera animación y coordinación según el espíritu del mismo decreto institucional, el Motu Proprio *Dolentium Hominum*. **LH**

3.2 CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL CENTRO GERIÁTRICO ADOLF MONTAÑA DE GRANOLLERS (BARCELONA)

Dirección de Enfermería

Antes de presentar nuestra experiencia, que plasma una acción concreta y responde plenamente al tema escogido en esta XII REUNIÓN NACIONAL DE DELEGADOS DIOCESANOS DE PASTORAL SANITARIA: *¿Qué se está haciendo realmente con los enfermos más desatendidos y necesitados en la sociedad y en la Iglesia?*, creemos oportuno hacer una pequeña introducción que nos sitúe en el tiempo y en el espacio, y exprese que ésta es una acción real llevada a término a partir de la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Situación. La Fundación Hospital-Asilo de Granollers, está situada en la comarca del Vallés Oriental (con una extensión de 731 km² y 210.453 habitantes).

Entidad. Es una entidad sin fines lucrativos, con vigencia desde el año 1521; declarada de Beneficencia Particular por R. O. el 27 de julio de 1920.

Un Patronato de las características de la época rige hasta el momento actual el Hospital General y el Centro Geriátrico.

Finalidad. Su objetivo es: ATENDER A LOS ANCIANOS Y ENFERMOS DE GRANOLLERS Y COMARCA, CARENTES DE RECURSOS.

En 1947 se firmó el primer concierto con la Seguridad Social, lo cual posibilitó el acceso al centro de los trabajadores de la clase media y sencilla.

Desde su creación hasta el momento actual, disponiendo de más o menos recursos y pasando por muchas transformaciones, la Fundación ha procurado siempre atenerse a la finalidad por la cual fue creada: *dar asistencia a los enfermos y a los ancianos*.

La experiencia que exponemos a continuación es la creación y puesta en marcha del *Centro Geriátrico Adolf Montaña*, que depende de esta Fundación.

PROCESO SEGUIDO

Desde 1923 hasta 1984 la residencia de ancianos de la Fundación Hospital-Asilo de Granollers constaba de una planta baja, un piso y un desván.

Su capacidad era para 40 ancianos, distribuidos en salas de 4 a 6 camas y alguna habitación de 2 camas.

Debido a los años de utilización, a su estructura y a la falta de instalaciones, en el año 1980 el Patronato de la Fundación aprobó la construcción de una nueva residencia:

— Con una capacidad para unos 80 a 100 ancianos.

- Dotada de las instalaciones y servicios necesarios para dar una buena asistencia y comodidad a los ancianos acogidos.

Al mismo tiempo, a nivel de instituciones y de la sociedad catalana, se constatan unos hechos remarcables:

Hechos a nivel de instituciones

- Fuerte ritmo de crecimiento, organización y tecnificación de los hospitales concertados.
Esta tecnificación hace que la patología del enfermo mayor no aporte nuevos conocimientos a la ciencia y a la investigación; por tanto, su hospitalización no interesa.
- La atención geriátrica está en manos de personal no cualificado.

Hechos a nivel de sociedad

- Acusado crecimiento demográfico producido por la inmigración (especialmente destacable en nuestra comarca).
- Envejecimiento de la población.
- Escasez de residencias en nuestra zona.
- Y, ya concretamente en nuestro hospital, en el año 1980-81 se practica un estudio estadístico que constata que un 45 % de las personas, ingresadas en el servicio de medicina interna, tiene una edad superior a los 65 años.

Ante estos hechos, y viendo que la construcción de una residencia de ancianos para 100 personas dificultaría dar el clima suficiente para que la calidad de vida fuera adecuada, el consejo de dirección del hospital estudió la posibilidad de transformar la residencia de válidos en un complejo geriátrico para Granollers y comarca, con el objetivo de: *dar atención médico-social a toda persona de más de 65 años que acudiera a nuestro centro.*

COMPLEJO GERIÁTRICO

Unidades del centro geriátrico

Para cumplir el objetivo, se definió este complejo geriátrico con diferentes unidades y con funciones claramente diferenciadas, las cuales se van poniendo en marcha gradualmente y según las posibilidades.

Estas unidades son las siguientes:

a) Unidad geriátrica de agudos 28 camas

Destinada a la atención de ancianos de más de 65 años con enfermedades agudas, y que, una vez dados de alta, se incorporan de nuevo a su ambiente familiar.

b) Unidad de larga estancia 28 camas

Tiene por finalidad rehabilitar al enfermo en edad geriátrica, inmediatamente después de una enfermedad aguda.

En este concepto se incluyen enfermos en situación de marginación social y que requieren especial atención de enfermería.

La estancia en esta unidad no supone un ingreso definitivo. La finalidad es rehabilitadora, con el intento de integración al ambiente familiar, lo más pronto posible.

c) Residencia de ancianos válidos 40 plazas

Cumple una función social. Destinada a acoger a los ancianos que viven en situación de soledad, mal ambiente familiar, falta de recursos...

Después de un estudio económico-social, familiar, cultural y de salud, de los solicitantes, tiene prioridad para ingresar en la residencia la persona más necesitada.

d) Unidad de rehabilitación

Pabellón destinado a atender simultáneamente las necesidades del centro geriátrico y del hospital (Medicina, Traumatología, Pediatría...).

e) Consultas externas

Destinado a hacer el seguimiento de los enfermos que han estado ingresados y de los ancianos de la residencia de válidos.

f) Hospital de día

Tiene función médica y social.

g) Servicio a domicilio

Atención médica y de enfermería con funciones de medicina preventiva y curativa.

De esta relación de unidades, están en marcha: la unidad geriátrica de agudos, la unidad de larga estancia, la residencia de válidos y consulta externa.

El resto de unidades: servicio a domicilio, hospital de día y rehabilitación, son proyectos que se podrán en marcha en una segunda fase.

Con todo, si bien la unidad de rehabilitación, con las características descritas, no está organizada, sí contamos, en la unidad de larga estancia, con un servicio de rehabilitación.

Objetivos del centro geriátrico

Aunque las características del centro que hemos descrito son complejas, el objetivo primordial fijado es *promover la actividad psíquico-física de los ancianos, para evitar el envejecimiento y pérdida prematura de las facultades.*

Para hacerlo efectivo y partiendo de unos presupuestos:

- ambiente social del cual proceden los ancianos,
- medios que dispone el centro,
- forma de organizar una actividad creativa,

los *objetivos* que se intentan llevar a término a lo largo de estos años son:

- MOTIVAR LAS ACTIVIDADES MOTORAS.
- EVITAR LA SOLEDAD Y LA DESCONEXIÓN DE LOS ANCIANOS DE SU ENTORNO SOCIAL.
- PROCURAR QUE EL ENTORNO CULTURAL Y LA DINÁMICA DEL CENTRO SE ADAPTE A LA REALIDAD VIVIDA POR LOS ANCIANOS.

Aunque el objetivo fundamental ha de estar orientado a la atención de la persona asistida en el centro, también ha sido necesario fijar una infraestructura de trabajo dirigida a las personas encargadas de la asistencia directa.

Así, en la residencia de ancianos válidos se ha procurado integrarlos y hacerlos participar en la nueva organización que una transformación comporta.

En el HOSPITAL GERIÁTRICO ha sido necesario:

- Unificar criterios, formas de trabajo...
- Formar un equipo de trabajo, coordinado y motivado, con los distintos estamentos que están al servicio del enfermo.

Personal del centro geriátrico

Si bien hemos expuesto el proceso seguido en la creación de este complejo geriátrico y sus objetivos, no es menos destacable la mención de las personas que, ya en el proyecto organizativo

y después del mismo, trabajan en él y hacen que los objetivos fijados se lleven a término día a día.

El conjunto de personas que participan en la asistencia, ya sea a nivel organizativo como a nivel funcional-asistencial, es de un total de 83.

Nuestro plan funcional es el siguiente:

- Consejo de dirección (constituido por el gerente y los directores de división).
- Asistente social.
- Equipos: médico, de enfermería, administrativo y de servicios generales.

CONCLUSIÓN

Tanto por parte de los usuarios como de los trabajadores, se opina, en general, que la creación de este centro es positiva y muy necesaria. La experiencia de estos tres años de trabajo nos ha llevado, entre otras, a dos afirmaciones fundamentales:

- Es necesario que las personas que trabajan en este campo se sientan vocacionadas.
- Es necesario sensibilizar y educar a la sociedad en el proceso de: acoger, cuidar y amar a las personas mayores. **LH**

3.3 LA PARROQUIA DE SANTA FELICIANA DE MADRID Y SU ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CRÓNICOS, ANCIANOS, TOXICÓMANOS, DE SIDA...

BARRIO EN EL QUE SE SITÚA LA PARROQUIA

Se trata de un barrio pobre o empobrecido a través de los años, dentro de una zona urbana céntrica de clase predominantemente media/alta. Es lo que llaman un suburbio del centro de las grandes urbes.

La parroquia cuenta con unos 15.000 habitantes. Predomina una población anciana, habitantes de clase media, muy baja o venidos a menos: jubilados, parados, ancianas que han sido trabajadoras de hogar, ancianos que han realizado trabajos de tipo artesanal, o han sido obreros de la construcción.

En las calles de la zona conviven pequeños comerciantes, propietarios de bares populares, bares de *tasqueo* más o menos de moda, con pequeños delincuentes, drogadictos, vendedores ambulantes, grupos marginales de alcohólicos, *pandas de la litrona*, etcétera.

Las viviendas, en un importante porcentaje, equivalen a pequeñas chabolas en malas condiciones de habitabilidad, sin servicios propios, con WC comunitario, con agua corriente que ha sido introducida años después de la construcción de las viviendas, que se sitúan en torno a patios interiores poco salubres y cuyas plantas bajas presentan una grave situación de humedad.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA PASTORAL DE ENFERMOS

No identificamos pobres y enfermos: hay pobres que no están enfermos, mientras que consideramos la enfermedad como pobreza, especialmente en nuestra parroquia en la que ambas realidades coinciden cuando se da la enfermedad.

Nuestro objetivo desde que nació la parroquia fue conocer las necesidades lo más adecuada y adaptadamente posible a ellas.

Ello nos ha llevado a iniciar y terminar diferentes proyectos, pero a partir de una exigencia fundamental: estar lo más presen-

tes, posible en la vida de los hombres y mujeres enfermos, para que fueran ellos mismos, desde su situación y desde sus necesidades, los que nos fueran marcando las respuestas que, a la luz de Cristo-Jesús, deberíamos dar, en su inicio, en su desarrollo y en su término. Desde los enfermos y desde sus situaciones cambiantes, deberíamos ir configurando y reconfigurando, modificando nuestra acción solidaria, intentando superar la tentación de simplemente actuar *por prestigio o por proselitismo* o de hacer lo que nos gustaba o lo que sabíamos mejor, o lo que nos parecía, para intentar, por el contrario, ser respuesta evangélica desde el amor de Dios a unos hombres y mujeres concretos, que padecían unas necesidades concretas, en un espacio y tiempo determinado. En ellos queríamos ver a Cristo y tratarlos en consecuencia.

Nos encontramos con muchas personas que vivían y morían en total soledad. Tuvimos que abrir muchas casas para sacarles agonizantes o muertos, mordidos por las ratas, plagados de piojos, pulgas, chinches, cucarachas..., de viviendas llenas de porquería almacenada durante meses y años.

Es preciso en no pocos casos, acompañar día y noche a muchas personas en su proceso de morir, dado su total abandono y soledad.

Esto es una parte del camino recorrido, con cambios, modificaciones, tanteos... Situación siempre abierta a lo que el mañana nos pida o nos demanden esos hombres y mujeres que sufren el drama de la enfermedad mal atendida unida íntimamente a la pobreza.

LOS ENFERMOS Y SUS CARENCIAS

Los enfermos

Podríamos clasificarlos esquemáticamente de la siguiente manera:

y después del mismo, trabajan en él y hacen que los objetivos fijados se lleven a término día a día.

El conjunto de personas que participan en la asistencia, ya sea a nivel organizativo como a nivel funcional-asistencial, es de un total de 83.

Nuestro plan funcional es el siguiente:

- Consejo de dirección (constituido por el gerente y los directores de división).
- Asistente social.
- Equipos: médico, de enfermería, administrativo y de servicios generales.

CONCLUSIÓN

Tanto por parte de los usuarios como de los trabajadores, se opina, en general, que la creación de este centro es positiva y muy necesaria. La experiencia de estos tres años de trabajo nos ha llevado, entre otras, a dos afirmaciones fundamentales:

- Es necesario que las personas que trabajan en este campo se sientan vocacionadas.
- Es necesario sensibilizar y educar a la sociedad en el proceso de: acoger, cuidar y amar a las personas mayores. **LH**

3.3 LA PARROQUIA DE SANTA FELICIANA DE MADRID Y SU ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CRÓNICOS, ANCIANOS, TOXICÓMANOS, DE SIDA...

BARRIO EN EL QUE SE SITÚA LA PARROQUIA

Se trata de un barrio pobre o empobrecido a través de los años, dentro de una zona urbana céntrica de clase predominantemente media/alta. Es lo que llaman un suburbio del centro de las grandes urbes.

La parroquia cuenta con unos 15.000 habitantes. Predomina una población anciana, habitantes de clase media, muy baja o venidos a menos: jubilados, parados, ancianas que han sido trabajadoras de hogar, ancianos que han realizado trabajos de tipo artesanal, o han sido obreros de la construcción.

En las calles de la zona conviven pequeños comerciantes, propietarios de bares populares, bares de *tasqueo* más o menos de moda, con pequeños delincuentes, drogadictos, vendedores ambulantes, grupos marginales de alcohólicos, *pandas de la litrona*, etcétera.

Las viviendas, en un importante porcentaje, equivalen a pequeñas chabolas en malas condiciones de habitabilidad, sin servicios propios, con WC comunitario, con agua corriente que ha sido introducida años después de la construcción de las viviendas, que se sitúan en torno a patios interiores poco salubres y cuyas plantas bajas presentan una grave situación de humedad.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA PASTORAL DE ENFERMOS

No identificamos pobres y enfermos: hay pobres que no están enfermos, mientras que consideramos la enfermedad como pobreza, especialmente en nuestra parroquia en la que ambas realidades coinciden cuando se da la enfermedad.

Nuestro objetivo desde que nació la parroquia fue conocer las necesidades lo más adecuada y adaptadamente posible a ellas.

Ello nos ha llevado a iniciar y terminar diferentes proyectos, pero a partir de una exigencia fundamental: estar lo más presen-

tes, posible en la vida de los hombres y mujeres enfermos, para que fueran ellos mismos, desde su situación y desde sus necesidades, los que nos fueran marcando las respuestas que, a la luz de Cristo-Jesús, deberíamos dar, en su inicio, en su desarrollo y en su término. Desde los enfermos y desde sus situaciones cambiantes, deberíamos ir configurando y reconfigurando, modificando nuestra acción solidaria, intentando superar la tentación de simplemente actuar *por prestigio o por proselitismo* o de hacer lo que nos gustaba o lo que sabíamos mejor, o lo que nos parecía, para intentar, por el contrario, ser respuesta evangélica desde el amor de Dios a unos hombres y mujeres concretos, que padecían unas necesidades concretas, en un espacio y tiempo determinado. En ellos queríamos ver a Cristo y tratarlos en consecuencia.

Nos encontramos con muchas personas que vivían y morían en total soledad. Tuvimos que abrir muchas casas para sacarles agonizantes o muertos, mordidos por las ratas, plagados de piojos, pulgas, chinches, cucarachas..., de viviendas llenas de porquería almacenada durante meses y años.

Es preciso en no pocos casos, acompañar día y noche a muchas personas en su proceso de morir, dado su total abandono y soledad.

Esto es una parte del camino recorrido, con cambios, modificaciones, tanteos... Situación siempre abierta a lo que el mañana nos pida o nos demanden esos hombres y mujeres que sufren el drama de la enfermedad mal atendida unida íntimamente a la pobreza.

LOS ENFERMOS Y SUS CARENCIAS

Los enfermos

Podríamos clasificarlos esquemáticamente de la siguiente manera:

- Ancianos: matrimonios, viudo o viuda, soltero o soltera. Generalmente son jubilados con pensiones de hambre o con la miserable ayuda de la beneficencia (F.N.A.S.).

Casi todos los ancianos padecen las limitaciones de la edad y la inmensa mayoría enfermedades como: pérdida de visión, artrosis que les impide andar (y a veces vestirse...), trastornos respiratorios, enfermedades cardíacas y circulatorias, cáncer, consecuencias de caídas, amputaciones, trombosis y hemiplejias, diabetes, etc., que convierten prácticamente a todos los ancianos en enfermos crónicos.

- Enfermos crónicos, subnormales, inválidos, enfermos psíquicos graves junto a depresivos y neuróticos, sometidos a diálisis, alcohólicos, drogadictos, enfermos del SIDA, etc.

- Enfermos en el sentido más normal del término, hospitalizados o no.

Carencias

Hay carencias, deficiencias y también desidias, tanto en la Seguridad Social como en la Beneficencia. Por ejemplo: ante ciertos enfermos se oye exclamar: «¿para qué llaman!», o cuando yo le conocen, decir que «no merece la pena ir a verlos» o «ya han vivido bastante», y ello dicho sin llegar a cruzar la puerta de la casa. No es raro que manden a los enfermos hospitalizados a sus casas como sea: semiparalíticos, con heridas abiertas..., etc. Negativas por sistema a controlar la tensión arterial; pretender que vayan al especialista o a consulta personas que por su edad o por su enfermedad no pueden levantarse ni andar.

En el caso de drogadictos o alcohólicos, la única manera eficaz para que les ingresen es sacudir a la policía. Pero cuando uno vuelve al barrio ya los han dejado en la calle, aunque te hayan asegurado que han quedado ingresados. En algunos centros los diagnostican y les echan a la calle para que se apañen como puedan. Es lo más frecuente en los alcohólicos y drogadictos y con los que tienen seguridad social o beneficencia.

LA PASTORAL PARROQUIAL

El equipo

Hay que señalar que existe un amplio grupo de personas que se ocupan de los enfermos, ancianos y demás necesitados, como tarea propia o como expresión de su carisma específico: Siervas de María, las Hijas de la Caridad, y un creciente número de cristianos que van tomando conciencia de la situación de los enfermos y necesitados.

Se está tomando en toda la comunidad parroquial una sensibilización tal que en cuanto surge una necesidad, es raro que no avisen inmediatamente a la parroquia.

El equipo de pastoral de enfermos participa en los catecumenados o grupos de profundización en la fe, en los grupos de oración, en las Cáritas parroquial y, en general, en la vida parroquial.

También es significativo el resaltar la vinculación de los enfermos entre ellos mismos, en una relación honda, personal, creándose auténticos lazos de amistad y de amor, ayudándose mutuamente.

Los enfermos

Participan también, en la medida de sus posibilidades, en los grupos de la parroquia y en sus actividades. Hay reuniones específicas para ellos con un horario adecuado. En algunos casos ellos mismos acompañan y ayudan a otros que no pueden salir de sus casas por sí solos.

Respecto a los drogadictos y alcohólicos, existen grupos de integración y se cuenta con la ayuda de alcohólicos anónimos,

y de Al-Anon (para familiares), y se está en relación con otros centros (Proyecto Hombre, etc.).

Los ancianos y minusválidos participan en los diferentes grupos apostólicos de la parroquia o constituyen sus grupos (ellos solos o con otros) para profundizar en la fe.

Tipos de acción pastoral

A modo de resumen se pueden indicar los siguientes:

- Atención a los enfermos en sus casas.

- Atención a los enfermos en los centros hospitalarios y residencias.

- Atención asistencial:

- Acompañamiento prácticamente continuo.

- Seguimiento de la enfermedad y de la situación del enfermo en orden a atenderlo de manera global: humana, social y religiosa.

- Ayudarles a que se valgan por sí mismos en lo posible. Es especialmente importante conseguir la atención de médicos a marginados, alcohólicos, drogadictos, vendedores ambulantes, madres que trabajan en barras de bar y a sus hijos.

- Servicio de recuperación y prevención.

- Atención de tipo social:

- Semanalmente se les ofrece sesiones de cine y/o de vídeo.

- Varias veces a la semana se hacen reuniones para realizar diferentes trabajos manuales.

- Visitas a museos, exposiciones, etc.

- Excursiones.

- Veraneo.

- Obtención de ayudas y pensiones.

- Gestionar internamientos en hospitales, residencias, etc.

- Conectar con familiares cuando es posible, etc.

- Atención a los enfermos marginados socialmente:

- Drogadictos, alcohólicos, marginados patológicos, jugadores igualmente patológicos, portadores del SIDA, etc.

Hay que decir que todos ellos son verdaderos enfermos, físicos o/ y psíquicos, con el agravante que a su enfermedad se añade su marginación social y los problemas inherentes. Nuestra preocupación por ellos supone acogerles con comprensión y cariño, procurando servir de puente entre los afectados por estas enfermedades y las instituciones que se dedican a su atención especializada.

En la parroquia funcionan grupos muy heterogéneos compuestos por alcohólicos, drogadictos, marginados, jugadores..., que no quieren acudir a centros especializados o que simplemente prefieren la parroquia. Entre los alcohólicos se da que frecuentan ambos sitios a la vez.

Han aprendido que en cualquier momento pueden contar con la parroquia, con nosotros, incluso solamente para hablar.

Hemos conectado con enfermos del SIDA, y ellos nos han conducido a otros, los que nos han prestado una buena acogida, tal vez por su soledad, por la angustia en que viven su enfermedad. Cuando el diálogo es personal se abren de verdad mostrando todo el dramatismo con que viven su enfermedad: suelen ser momentos profundos de acompañamiento humano y cristiano, de silencios expresivos, de replanteamientos existenciales, humanos y cristianos, serios y totalmente sinceros.

- Atención pastoral:

- Atención espiritual.

- Catequesis.

- Celebraciones de la eucaristía.

- Celebración de la unción.
- Facilitándoles todo tipo de libros, revistas, etc.

CONCLUSIÓN

Sería preciso que nos preocupáramos más de los que para nosotros deben ser Cristo en persona, lo cual se daría si viviéramos

el Evangelio con más profundidad y compromiso; la evangelización tal como el señor nos enseña, en sus gestos y en sus palabras. Tal vez así ofreceríamos la Buena Noticia a los que más la necesitan y que son los destinatarios privilegiados de ella. Tal vez así fuéramos una palabra crítica y profética a favor de los que no tienen voz y en contra de los poderes de este mundo que hacen muy poco por ayudar a los que más lo necesitan. **LH**

3.4 EXPERIENCIAS DE LA DELEGACIÓN DE PASTORAL SANITARIA DE TENERIFE CON ENFERMOS DESASISTIDOS

Equipo Diocesano de la Delegación de Pastoral Sanitaria

CRÓNICOS

- Se ha hecho un censo parroquial y diocesano de los enfermos crónicos que tenemos domiciliados y hospitalizados. Se ha descubierto que el 60 % de todos los crónicos están muy necesitados de una adecuada atención humana, social y sanitaria.
- Se ha intentado sensibilizar la opinión pública y motivar a los organismos oficiales así como a colectivos privados para dar una respuesta a este problema.
- La delegación ha creado un grupo de voluntariado para atender en domicilio a estos enfermos.

DROGADICTOS

- Un comité formado por la delegación ha estudiado la situación de la drogodependencia en Canarias. Ha sido el primer paso.
- A la luz de los estudios aportados por el Comité, la Iglesia diocesana, a través de la delegación, ha dado los siguientes pasos:
 - Un seminario de formación y acercamiento a la realidad del drogadicto, tanto personal como familiar. Este seminario duró 8 meses con cuatro horas de trabajo mensuales. Asistieron 100 alumnos.
 - Se han formado varios grupos de trabajo social con los alumnos del seminario que han llevado una labor de acercamiento personal en distintas zonas de las islas. Siguen estos grupos trabajando intensamente y hacen una labor de acogida del joven enfermo así como de sus familiares.

- En colaboración con un grupo de expertos, se están llevando a cabo, desde hace dos años, cursos de información y prevención a nivel de jóvenes y monitores de grupos juveniles, así como de profesores de religión y catequistas. Se han impartido hasta ahora unos 31 cursillos y están programados para este curso 18.
- En el presente curso se están preparando un grupo de monitores juveniles para trabajar directamente con jóvenes enfermos, drogodependientes...
- En una isla, *Gomera*, se ha organizado un centro de información y acogida que depende de la parroquia con la colaboración de la delegación.
- En *La Palma*, se está proyectando una granja terapéutica en colaboración con las parroquias de la isla y entes oficiales.
- La delegación está intentando cuestionar a toda la comunidad católica diocesana ante el problema de la droga, del tráfico... Creemos que la Iglesia tiene que dar una respuesta, desde su propia identidad, a este magno problema de nuestro tiempo.

ENFERMOS DEL SIDA

- Se ha creado un comité para hacer un estudio de la situación que tienen los enfermos que van pasando por los hospitales y hacer un seguimiento.
- Se han dado varias conferencias en círculos de trabajo llamando la atención sobre la marginación de estos enfermos y poniendo clara la postura de la Iglesia frente a este nuevo problema.

MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS

- Se ha hecho un censo diocesano.
- Se han denunciado algunas irregularidades administrativas en relación con pensiones y otras cosas.
- Se ha formado un grupo mediante un cursillo para ayudar a padres necesitados en la tarea de cuidar a estos enfermos. Este grupo está funcionando bien. **LH**

- Celebración de la unción.
- Facilitándoles todo tipo de libros, revistas, etc.

CONCLUSIÓN

Sería preciso que nos preocupáramos más de los que para nosotros deben ser Cristo en persona, lo cual se daría si viviéramos

el Evangelio con más profundidad y compromiso; la evangelización tal como el señor nos enseña, en sus gestos y en sus palabras. Tal vez así ofreceríamos la Buena Noticia a los que más la necesitan y que son los destinatarios privilegiados de ella. Tal vez así fuéramos una palabra crítica y profética a favor de los que no tienen voz y en contra de los poderes de este mundo que hacen muy poco por ayudar a los que más lo necesitan. **LH**

3.4 EXPERIENCIAS DE LA DELEGACIÓN DE PASTORAL SANITARIA DE TENERIFE CON ENFERMOS DESASISTIDOS

Equipo Diocesano de la Delegación de Pastoral Sanitaria

CRÓNICOS

- Se ha hecho un censo parroquial y diocesano de los enfermos crónicos que tenemos domiciliados y hospitalizados. Se ha descubierto que el 60 % de todos los crónicos están muy necesitados de una adecuada atención humana, social y sanitaria.
- Se ha intentado sensibilizar la opinión pública y motivar a los organismos oficiales así como a colectivos privados para dar una respuesta a este problema.
- La delegación ha creado un grupo de voluntariado para atender en domicilio a estos enfermos.

DROGADICTOS

- Un comité formado por la delegación ha estudiado la situación de la drogodependencia en Canarias. Ha sido el primer paso.
- A la luz de los estudios aportados por el Comité, la Iglesia diocesana, a través de la delegación, ha dado los siguientes pasos:
 - Un seminario de formación y acercamiento a la realidad del drogadicto, tanto personal como familiar. Este seminario duró 8 meses con cuatro horas de trabajo mensuales. Asistieron 100 alumnos.
 - Se han formado varios grupos de trabajo social con los alumnos del seminario que han llevado una labor de acercamiento personal en distintas zonas de las islas. Siguen estos grupos trabajando intensamente y hacen una labor de acogida del joven enfermo así como de sus familiares.

- En colaboración con un grupo de expertos, se están llevando a cabo, desde hace dos años, cursos de información y prevención a nivel de jóvenes y monitores de grupos juveniles, así como de profesores de religión y catequistas. Se han impartido hasta ahora unos 31 cursillos y están programados para este curso 18.
- En el presente curso se están preparando un grupo de monitores juveniles para trabajar directamente con jóvenes enfermos, drogodependientes...
- En una isla, *Gomera*, se ha organizado un centro de información y acogida que depende de la parroquia con la colaboración de la delegación.
- En *La Palma*, se está proyectando una granja terapéutica en colaboración con las parroquias de la isla y entes oficiales.
- La delegación está intentando cuestionar a toda la comunidad católica diocesana ante el problema de la droga, del tráfico... Creemos que la Iglesia tiene que dar una respuesta, desde su propia identidad, a este magno problema de nuestro tiempo.

ENFERMOS DEL SIDA

- Se ha creado un comité para hacer un estudio de la situación que tienen los enfermos que van pasando por los hospitales y hacer un seguimiento.
- Se han dado varias conferencias en círculos de trabajo llamando la atención sobre la marginación de estos enfermos y poniendo clara la postura de la Iglesia frente a este nuevo problema.

MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS

- Se ha hecho un censo diocesano.
- Se han denunciado algunas irregularidades administrativas en relación con pensiones y otras cosas.
- Se ha formado un grupo mediante un cursillo para ayudar a padres necesitados en la tarea de cuidar a estos enfermos. Este grupo está funcionando bien. **LH**

3.5 LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS Y LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MÁS DESATENDIDOS Y NECESITADOS

*Secretariado Interprovincial
Madrid*

EXIGENCIA DE NUESTRO CARISMA

Dice el art. 5 párrafo 1.º de nuestras Constituciones:

«Animados por el don recibido, nos consagramos a Dios y nos dedicamos al servicio de la Iglesia en la asistencia a los enfermos y necesitados, con *preferencia* por los más pobres.

De este modo, manifestamos que el Cristo compasivo y misericordioso del Evangelio permanece vivo entre los hombres y colaboramos con Él en su salvación».

En el art. 45 párrafo 3.º nos dicen:

«Nuestra fidelidad a la Iglesia, al hombre que sufre y al espíritu de la Orden, nos compromete a revisar oportunamente *nuestras obras* para que respondan siempre a nuestro carisma y misión».

COMPORTAMIENTO HISTÓRICO

Creo, que con sus más y sus menos, la Orden de San Juan de Dios ha sido fiel a su carisma a través del tiempo.

Apareció para atender a las necesidades de la gente que tenía como lecho el suelo y como techo el cielo, creó un buen número de centros por todo el territorio español y fundamentalmente en Andalucía. Sus recursos eran las limosnas y donaciones de la gente.

Con la desamortización de Mendizábal, la Orden desapareció en España.

En 1867, y por medio de un hermano italiano, Benito Menni, se restauró la Orden en España y con dedicación por completo a los enfermos más necesitados, como eran los niños huérfanos, raquíticos, escrofulosos, etc., y los enfermos mentales; así aparecieron en la Orden los asilos y hospitales psiquiátricos. Todo ello realizado de forma gratuita y subvencionado con la limosna. Posteriormente aparece la Seguridad Social que, poco a poco, se va haciendo cargo de la asistencia. Por otra parte, muchas de las enfermedades y taras que asistíamos van desapareciendo. Debido a esto, nuestros centros se transforman en hospitales generales y con conciertos con la Seguridad Social.

EN LA ACTUALIDAD

A partir de 1964 ya no se abre ningún hospital general más, excepto en África. En España se abren una serie de centros para gente marginada y, dentro de los hospitales generales de agudos,

se camina por la línea de transformación, en aquellos que hay posibilidades, hacia enfermos más necesitados, como son los terminales y de larga enfermedad.

Dentro del conjunto de los hermanos existe una gran corriente de opinión que apoyan esta línea.

En el capítulo interprovincial de mayo del 86 se aprobó como líneas prioritarias de acción para los hermanos en España con carácter preferencial las siguientes:

- a) *Hospitales psiquiátricos*
 - Enfermos mentales crónicos.
 - Psicogeriatría.
- b) *Hospitales generales*
 - Enfermos de larga estancia.
 - Enfermos terminales.
- c) *Centros geriátricos*
- d) *Centros para minusválidos psíquicos*
 - Adultos.
 - Severos y profundos.
- e) *Centros para transeúntes*
 - Atención.
 - Reinserción.
- f) *Hacer una opción en la asistencia y rehabilitación de drogadicotos.*
- g) *Favorecer y, en su caso, potenciar la creación de nuevas formas de inserción, mediante actividades sencillas dentro de la marginación:*
 - Presencia en ambiente rural.
 - Barrios suburbanos.
 - Asistencia a domicilio.

Pasando ya a realidades concretas, decimos que los Hermanos de San Juan de Dios en España estamos trabajando en 37 centros, de los que:

- 7 Son centros psiquiátricos.
- 12 Hospitales generales.
- 1 Hospital infantil.
- 7 Educación especial - deficientes psíquicos y físicos.
- 3 Residencias de ancianos.
- 3 Enfermos de larga estancia y terminales.
- 4 Albergues.

La Orden de San Juan de Dios cuenta con 7.691 camas de todas estas camas están dedicadas a prestar asistencia a gente marginada 5.574, lo que significa que el 72,4 % están dedicadas a esta tarea.

En cuanto a los centros asistenciales, de los 37 centros, 24 están dedicados a este campo, o lo que es lo mismo el 64,5 % de los centros.

Por campos tenemos:

<i>Psiquiatría</i>	camas
— Ciempozuelos	1.050
— Málaga	300
— La Paz (Madrid)	85
— Palencia	747
— Santa Águeda (Mondragón)	375
— Sant Boi (Barcelona)	800
— Almacelles (Lérida)	120
TOTAL	3.477

<i>Educación especial</i>	plazas
— Carabanchel (Madrid)	200
— Alicante (Sant Vicent del Raspeig)	100
— Vigo	120
— Gijón	118
— Valladolid	130
— Las Palmas	212
— Alcalá de Guadaíra-Sevilla	119
TOTAL	999

<i>Enfermos de larga estancia</i> (Terminales)	camas
— San Rafael (Madrid)	150
— Granada	140
— Zaragoza	185
TOTAL	475

<i>Ancianos</i>	plazas
— Sevilla	55
— Granada	75
— Burgos	135
TOTAL	265

<i>Albergues nocturnos transeúntes</i>	plazas
— Madrid	230
— Barcelona	75
— León	35
— Huesca	18
TOTAL	358

NUEVAS COMUNIDADES DE INSERCIÓN

La Orden tiene en España 3 comunidades dedicadas:

- Una a la atención rural en Terriente (Teruel).
- Otra a la atención de un barrio en Sant Vicenç dels Horts (Barcelona).
- Y una tercera en Gibraleón (Huelva).

Terriente (Teruel)

Comunidad que inicia su actividad el 13 de noviembre del 82.

Terriente es un pequeño pueblo de 150 habitantes situado en la Sierra de Albarracín.

Realizan una labor asistencial a nivel de tercera edad y acoge en el seno de la comunidad a enfermos que quieran curarse por medio de medicina alternativa y también a algún drogadicto, en colaboración con Cáritas Aragón.

Tienen un pequeño consultorio a nivel de tratamientos naturales y fisioterapia.

Sant Vicenç dels Horts

Inician la actividad en el año ante la necesidad que sienten algunos hermanos de trabajar en un barrio necesitado.

Está situado este pueblo a unos 18 km de Barcelona. Abundan los emigrantes, de los que muchos son marroquíes.

Conviven con el pueblo y desarrollan su actividad en un consultorio y atendiendo a domicilio.

Acogen en el seno de la comunidad a algún drogadicto en período de reinserción social.

Experiencia en el Cristo-Roto, Gibraleón (Huelva)

Es un centro para deficientes mentales que pertenece a la parroquia San Juan Bautista y Santiago Apóstol de Gibraleón (Huelva), que cuenta con unos 7.000 habitantes.

Fue abierto oficialmente el 4 de octubre de 1986. En él trabajan dos hermanos de san Juan de Dios y ellos mismos nos cuentan:

«Nos hemos encontrado con un pueblo vivo, en marcha y con fuerza evangélica.

»Nos sentimos en familia por la acogida y el cariño con que hemos sido recibidos. Convivimos con la gente y nos consideran de su misma casa, formando una única comunidad.

»Trabajamos con ellos, con ilusión y esperanza. Luchamos y pedimos para que el Cristo-Roto siga siendo una casa de amor donde los deficientes sean los protagonistas de sus vidas.

»Nos preocupan todos los necesitados.

»Visitamos con frecuencia a los enfermos del pueblo».

Además de todo ello, podemos también indicar que los hermanos de España están realizando una labor importante de asistencia y promoción de la salud en África a través de 7 centros hospitalarios.

Esto es a grandes rasgos lo que los hermanos de san Juan de Dios realizan en pro de las gentes necesitadas.

LH

4. «EL DEFENSOR DEL PUEBLO HA TENIDO CONTACTO CON EL MUNDO DEL DOLOR EN TODAS SUS MANIFESTACIONES»

Entrevista con don Joaquín Ruiz-Giménez
Ex Defensor del Pueblo



«Joaquín Ruiz-Giménez parecía hecho para eso, para enderezar entuertos. Para bien suyo o para mal suyo. Un Joaquín Ruiz-Giménez moralmente intrépido y políticamente imprevisible, y que por ello era objeto de prevención y de miedo. Hoy ya no lo es. El poder, suficientemente fuerte para permitir el lujo de creer sólo en sí mismo, le ha agradecido los servicios prestados con grandes alabanzas y, contra lo que le habían dicho (según confesó él mismo en TV3), ha preferido a otro menos imprevisible...».

He aquí una lectura de la salida de don Joaquín Ruiz-Giménez de la Institución del Defensor del Pueblo. La hacía, con su aguda capacidad analítica, Antonio Marzal en un artículo que, bajo el título de «El final de la transición y Ruiz-Giménez»,

publicaba el diario madrileño YA en su edición del 4 de marzo de 1988.

Cuando esbozábamos el esquema de lo que podía ser la revista que está en tus manos, no lo dudamos un instante: éste era el hombre a entrevistar. Su dimensión humana y su cargo hacían de él el candidato más adecuado para aportar luz en el tema que llevábamos entre manos.

En el momento de la entrevista, don Joaquín Ruiz-Giménez ya no era Defensor del Pueblo. Tal vez él, y de ello no estoy muy seguro, sea uno de los pocos afortunados en conocer las verdaderas causas de una no reconfirmación en un puesto para el que había mostrado sobradamente su buen hacer. Los retorcidos caminos de nuestra política dieron, de la noche a la mañana, un cambio brusco de dirección que acabó con él. «Se ha hecho con arreglo a la ley —acepta nuestro hombre—; tal vez hayan fallado las formas». Como le comentaba pocos días antes a Pilar Urbano en una entrevista que concedía a la revista EPOCA, «no ha sido tanto un problema de ética cuanto de estética».

La solicitud que en su día le cursamos, y que desde un principio fue aceptada, vivió con don Joaquín ese tiempo oscuro en el que cada día los grandes rotativos nacionales nos informaban acerca de quién podía ser el tapado de la Institución del Defensor del Pueblo. Cada día, asimismo, los corredores de apuestas en el mundo de la información sumaban y restaban votos, apuntaban pronósticos, y..., según sus cuentas, don Joaquín se caía. Y se cayó.

No fue así en lo que respecta a LABOR HOSPITALARIA; nuestro personaje mantenía exactamente el mismo nivel de interés. Ahí quedaba el hombre con su zurrón cargado de experiencia, acumulada, tanto desde un rico currículum personal y político, como desde el servicio prestado a lo largo de cinco años a una Institución —el Defensor del Pueblo— que ha calado hondo en su personalidad —«deja una huella imborrable»—. Los mismos motivos que nos movieron a dirigirnos a él, seguían con plena vigencia.

Don Joaquín Ruiz-Giménez nació en Hoyo de Manzanares (Madrid) el 2 de agosto de 1913. En 1948 es nombrado Embajador de España ante la Santa Sede siendo Sumo Pontífice

Pío XII. Cargo que desempeñó durante tres años. En julio de 1951 es llamado a ocupar en uno de los gobiernos del General Franco el Ministerio de Educación y Ciencia. Fue cesado en el mismo febrero de 1956 a raíz de los sucesos estudiantiles por todos conocidos.

«Yo diría —comenta Antonio Marzal— incluso que su vida política sólo fue eso, transición, capacidad de transición, impulso para poner en transición a otros, para vivir de otro modo diferente de aquello».

Y es que si alguna palabra cabría situar como quicio en la vida de este hombre sería el diálogo. Una palabra, un concepto, una actitud, un estilo de vida. Tan necesario como peligroso. Sólo factible en personas que saben bien cuáles son sus principios pero que no los disparan contra los otros a modo de cañonazos.

Diálogo. El arma más fuerte de la razón humana, al servicio de la defensa de los derechos humanos —«no he necesitado que me nombrasen Defensor del Pueblo para descubrir la urgencia de su defensa»—.

Con este bagaje se presentó nuestro hombre en una Institución que acababa de estrenarse en nuestro país. En ella entró con toda ilusión. Y con ilusión creciente —él y su equipo— la pusieron a andar, la hicieron conocer, reconocer y... ser querida.

En busca de todo ello fuimos a visitarle a su domicilio en la madrileña calle de Velázquez. Él mismo nos abre la puerta. Tras un breve saludo, se dispone abiertamente a comenzar nuestra entrevista. Al mismo tiempo que lo hacemos nosotros, él también conecta su grabadora —«es que suelo grabar cuanto digo»—. En su larga trayectoria este hombre ha debido de encontrarse de todo...

L.H. —Don Joaquín, acabamos de asistir a la finalización de su función de Defensor del Pueblo. Mucho se ha dicho y se ha escrito sobre ello. ¿Qué se siente?

R.G. —Hombre, se siente una cierta tristeza porque hemos puesto cariño, no sólo yo, sino todos mis colaboradores, a lo largo de estos cinco años. Hemos puesto, repito, ilusión, cariño, empeño, muchas horas. Hemos tenido, a lo largo de estos cinco años, momentos alegres y tristes en la medida en que lográbamos o no resolver una queja como deseábamos... Evidentemente, todo eso le deja a uno huella y cuesta separarse de una Institución a la que se le ha tomado cariño.

Pero lo cierto es que nosotros sabíamos que la Institución tenía una duración en su mandato muy concreta, cinco años. Es verdad que se trataba del primer período de funcionamiento de la misma en la que había que construir todo, puesto que tan sólo existía el artículo 54 de la Constitución y su correspondiente Ley Orgánica; hemos tenido, pues, que hacer todo: buscar el edificio, acomodarlo, nombrar el personal, formalizar el Reglamento, montar un servicio de informática, adquirir una experiencia... Y al mismo tiempo que hemos hecho eso, que era como si construyéramos una nave, hemos estado navegando y teniendo que resolver, sólo en los dos primeros años, 55.000 quejas y al cabo de los cinco, 98.000

Es decir, el esfuerzo ha sido muy grande, y nosotros sabemos que, con un nuevo período, hubiéramos podido perfeccionar el sistema: abreviar tiempos, mejorar la respuesta, hacer más visitas al exterior, etc. Por eso teníamos una cierta perspectiva de con-

“Teníamos cierta perspectiva de continuar. No ha sido así; lo acatamos plenamente. Se ha hecho con arreglo a la Ley”



«En la última encíclica de Juan Pablo II hay un llamamiento apremiante para que acaben las terribles injusticias sociales en el mundo. Y una de ellas es la que sufren los enfermos, y especialmente los enfermos más desvalidos»

tinuar. No ha sido así; lo acatamos plenamente. Se ha hecho con arreglo a la ley.

L.H. —A la vista de cómo han ocurrido las cosas, somos muchos los que nos preguntamos si no ha existido algún fallo de fidelidades, si no ha habido alguna traición, si no se ha pasado factura por algo.

R.G. —Sí. Me han preguntado últimamente si ha existido algún tipo de deslealtad. Yo he dicho que no. No eran ahí ningún problema de ética los que estaban en juego sino, más bien, de forma de hacer las cosas, de mayor transparencia, de diálogo, de amistad.

Si el marcharme podía ser una espina, yo me la he quitado pronto. Las espinas, cuando se quedan dentro, se enconan y duelen; pero cuando se las quita, pues ya se olvida de ellas.

Conservo de la Institución el recuerdo más grato; en concreto esa experiencia compartida durante cinco años, y lo que hago ahora es mirar hacia el futuro para seguir luchando por libre. Porque yo entré en la Institución, es decir, me eligieron porque había sido un luchador por los derechos humanos. No ha sido para mí la Institución el lugar en el que inventé que había que luchar por los derechos humanos, y no sólo por las libertades, sino también por los derechos de igualdad y de solidaridad... Y con ese impulso dentro continuaré.

L.H. —¿Cree usted que ha estado suficientemente arropado por los medios de comunicación social, que estimamos deben de ser baluartes en su misión?



«Al dejar la Institución, se siente una cierta tristeza. Hemos puesto mucho cariño en ella»

R.G. —Yo creo que en los medios de comunicación social hemos tenido una presencia discreta, quizá insuficiente en algún momento. Hemos acudido más a prensa y radio que a televisión. En ésta he participado en algún debate y en algún programa, pero no tantos, quizá, como hubiese sido conveniente para que la gente conociese mejor lo que la Institución de Defensor del Pueblo es, y lo que no es, que también resulta importante. No olvide que de las 98.000 quejas recibidas, un 40 % aproximadamente son de materias fuera de nuestro ámbito: cuestiones de tipo jurídico-administrativo, problemas domésticos, cuestiones de propiedad y arrendamiento... es decir, cuestiones de derecho privado que han de resolver los abogados en libre ejercicio profesional o de oficio.

La Institución de Defensor del Pueblo interviene cuando están en juego derechos constitucionales y han sido infringidos por funcionarios públicos; ésas son las dos coordenadas que determinan la actuación del D.P. Para dar a conocer eso al público quizá hubiese sido necesaria mayor presencia en la televisión.

Nuestros colegas en Austria, por ejemplo, que son llamados «abogados del pueblo», tienen un programa semanal de televisión. Todos los sábados o domingos se turnan, y alguien de la Institución del «ombusmann» comparece ante el pueblo. Esto es una buena cosa y convendría que se lo propusiera el nuevo equipo.

L.H. —¿Es suficiente el marco legal constitucional que recoge al D.P. o habría que ampliarlo?

R.G. —Sería necesaria una revisión de la ley que rige la Institución del D.P. Es una ley del 6 de abril de 1981. Era una ley prudente que no se decidió a dar al Defensor del Pueblo más poderes coercitivos. Los que se le otorgaron eran más bien poderes suasorios, de convencimiento y de diálogo que, propiamente, san-

cionadores. Y yo creo que algún poder mayor para sancionar las resistencias y demoras excesivas de los órganos de la Administración pública en contestar sería muy conveniente. Y lo deseo para el nuevo equipo. Porque lo que verdaderamente yo deseo es que la Institución no sólo funcione como estos pasados cinco años, sino mejor, con más dinamismo, con más energía, con más posibilidades de lograr resultados palpables.

Ahora bien, con lo que tiene se puede hacer ya una labor útil; es decir, no es una institución en modo alguno inútil. Como tampoco es una institución que haya surgido de un modo alegre. En estos momentos existe en todos los países democráticos de Europa, excepto en Bélgica —que ahora la están preparando—, y existe en Canadá, Israel, varios países de África, Australia..., o sea, indica que en sistemas jurídicos muy distintos, unos de raíz romanista, otros anglosajones, la Institución ha encajado y actúa... Algunas ventajas tendrá.

Mas en España es preciso reformar la ley para darle mayor eficacia vinculante para la Administración.

L.H. —Desde nuestras posibilidades queremos ofrecerle nuestra revista para dar a conocer a nuestros lectores el funcionamiento del D.P. ¿Qué camino siguen las quejas que a ustedes llegan?

R.G. —La tramitación es muy sencilla pues, eso sí, no es una Institución burocrática; tampoco es, meramente, un «Teléfono de la Esperanza» o una oficina de «Cáritas». Yo estimo enormemente a Cáritas y al Teléfono de la Esperanza. Pero la Institución del D.P. es una institución jurídica constitucional, que actúa con criterios jurídicos. Cuando le llega una queja examina si ha habido o no infracción de las normas jurídicas, pues es lo que le da razón para intervenir.

“No ha sido para mí la Institución del Defensor del Pueblo el lugar en el que inventé que había que luchar por los derechos humanos”

En cambio, la formalización es muy sencilla. Acude quien quiera, cualquiera que sea su edad, condición social, incluso su nacionalidad —hemos atendido también a extranjeros—... ¿Cómo se acude al D.P.? Pues con una carta. Y los que no saben redactar una carta llegan a la sede de la Institución —Eduardo Dato, 31— y allí unos asesores le preparan incluso la queja: recogen datos, la documentación, etc. y entonces dicha queja entra por los canales que ya están establecidos.

Hay doce áreas de trabajo —hasta ahora—: seis adscritas al adjunto primero, Prof. Álvaro Gil Robles, y seis a la adjunta segunda, doña Margarita Retuerto. Precisamente las áreas de Sanidad y Seguridad Social estaban adscritas a doña Margarita.

Una vez que los asesores de la respectiva área han estudiado la queja, realizan un primer informe, dialoga el asesor con el adjunto al que está adscrito y, luego ya, en la mesa redonda donde se reúne la Junta de Coordinación, que la componen los dos adjuntos, el Secretario General y el D.P. Se examinan los informes y se toman las resoluciones pertinentes. Si la queja está fundada, se acepta a trámite y se presenta a la Administración Pública, y si no tiene fundamento suficiente se le comunica al reclamante. Si éste tiene algo que alegar, se sigue en diálogo con el mismo.

L.H. —Ya apareció la palabra diálogo. Algo nos suena el vocablo cuando sale de su boca...

R.G. —He empleado la palabra diálogo porque es una palabra clave, y no sólo en mi vida personal. La más hermosa aventura que yo he vivido ha sido el Vaticano II y «Cuadernos para el Diálogo». Han sido dos lugares, dos ámbitos para el diálogo, y



«En la estimación que hemos hecho, casi medio millón de personas han llegado ya al Defensor del Pueblo»

perdón por la comparación que ya sabemos que siempre es odiosa. El diálogo en materia religiosa, que yo viví de forma muy intensa en el Vaticano II, y el diálogo social en «Cuadernos para el Diálogo». Y mi tercer ámbito de diálogo ha sido el Defensor del Pueblo: diálogo con el reclamante y, por otra parte, el diálogo con la Administración Pública.

L.H. —*Sigamos con el protocolo que siguen las reclamaciones que llegan a la Institución...*

R.G. —Si la respuesta de la Administración Pública ha sido satisfactoria para el reclamante y para nosotros, queda concluido el asunto. Si no es satisfactoria y no estamos de acuerdo con ella, volvemos a insistir. Y si ya no nos hace caso la Administración por creer que son sus criterios los que han de prevalecer y no los del D.P., reclamamos el resultado de esa queja y de su investigación y lo incluimos en el Informe a las Cortes.

Éste es el procedimiento normal. Luego hay dos procedimientos, convergentes ambos, ante el Tribunal Constitucional. Se puede llevar ante el Tribunal por la Institución un recurso de amparo para defender los derechos fundamentales, que tienen ese tipo de protección especial, o se puede, incluso, recurrir por inconstitucional una Ley. Y ésa es una facultad que no tienen la mayor parte de los «ombusmann» de los demás países. Es una facultad especial, y que incluso parece extraña, pues siendo el D.P. un comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos humanos y para supervisar la legalidad de la Administración, llega un momento en que el D.P., ante una Ley que estime contraria a los preceptos de la Constitución, se independiza de las propias Cortes. Es decir, actúa ya como un personaje de aquella famosa comedia de Pirandello, «Seis personajes en busca de autor».

L.H. —*Llegar al D.P. implica un poder: el de la cultura. Pero hay gente que desconoce su existencia, otros han oído algo pero*

«De alguna manera, el Defensor del Pueblo es un contrapoder»

desconocen el acceso adecuado. ¿Quiénes han llegado hasta el D.P., quiénes se han quedado en el camino, quiénes ni tan siquiera lo han iniciado?

R.G. —Yo creo que ha llegado mucha gente. Ya le he dicho que hemos tenido 98.000 quejas, muchas de ellas colectivas. Éste es un dato muy importante. Muchas de estas quejas no son individuales, sino de asociaciones, hermandades, colectivos diversos de ciudadanos o extranjeros... En la estimación que hemos hecho, casi medio millón de personas han llegado ya al D.P. Si tenemos en cuenta que España tiene unos 38.000.000 de personas, puede parecer una cantidad relativamente pequeña, pero si lo comparamos con lo que ocurre con otros «ombusmann» de diferentes países, descubriremos que el D.P. en España ha tramitado cuatro veces más que los del resto de Europa. De los que más quejas tramitan —sueco, británico, portugués, francés—, el D.P. ha cuadruplicado su actividad.

“La Institución del Defensor del Pueblo ni ha nacido de un modo alegre ni es una institución inútil”

Por tanto, sí que hay mucha gente que conoce su existencia. Otra cosa es que tenga la suficiente información sobre lo que puede y no puede hacer el D.P. En este sentido, una cierta pedagogía del D.P. hacia el pueblo es muy importante.

Creo que hemos realizado suficiente esfuerzo a lo largo de estos cinco años, pero todavía hay que hacer más. Y aquí la cooperación de los medios de comunicación social es fundamental. En primer lugar, porque nos permite decir qué somos y qué no somos. Y en segundo lugar, porque nos permite recoger los palpitos, las aspiraciones, los deseos, los gritos de dolor, incluso, de la gente.

L.H. —*Pero el Defensor del Pueblo ha de limitarse a tramitar las quejas que le llegan, o ¿no tiene, acaso, un olfato especial para detectar en la sensibilidad social aquellas situaciones en las que, motu proprio, debiera ejercer su ministerio?*

R.G. —La Institución tiene la facultad, según su Ley y su Reglamento, de enviar algunos de sus asesores, o ir personalmente el D.P. o cualquiera de sus adjuntos a los centros de donde dimana mayor cantidad de quejas. Nosotros hemos visitado, a lo largo de estos cinco años, las 68 cárceles españolas y hemos visitado, asimismo, 120 hospitales, algunos de ellos hospitales psiquiátricos.

“Hemos tenido una presencia discreta en los medios de comunicación ... Nuestros colegas en Austria, por ejemplo, tienen un programa semanal en televisión”

Hay que multiplicar este tipo de visitas, puesto que es lo más eficaz. Mucho mejor que el papeleo, que el envío de comunicaciones y recepción de respuestas es, desde luego, la presencia física. En contacto con las cárceles hemos podido apreciar lo que las prisiones eran; en contacto con los hospitales, lo mismo.

L.H. —*Se lo preguntamos, don Joaquín, porque las personas más necesitadas son, precisamente, las que carecen de voz...*

R.G. —Claro, evidente. Mire usted, la Institución nuestra, mejor dicho, la Institución del D.P. —es que me cuesta hablar en pasado, y es que se lleva en el alma una huella grande—, no sólo actúa a petición «de parte», por una reclamación concreta que recibe, sino que también lo hace «de oficio». Y actúa de esta forma cuando recibe noticias concretas —y aquí los medios de comunicación eran una fuente de primer plano— de situaciones conflictivas en las que podía estar en juego algún derecho fundamental. Ahí realizábamos, «de oficio», la correspondiente inspección.

L.H. —*Vayamos al núcleo de nuestra entrevista, don Joaquín. ¿Qué incidencia han tenido en su gestión los enfermos más necesitados, hospitalizados y no hospitalizados?*

R.G. —Mire, le voy a dar unos datos cuantitativos, estadísticos, aun sabiendo que las estadísticas nunca dicen todo. En los cinco años se ha repetido una constante jerarquización en el número de quejas: en primer lugar, siempre ha ido la administración de justicia (en el Informe último aprobado por las Cortes —año 1986— fueron 3.433, un 25 %); pero inmediatamente después viene lo que es Seguridad Social y Sanidad (1.940 en S.S., 14,18 %; y en Sanidad y Consumo 3,9 %). Si suma usted estos porcentajes, sobrepasan el 40 % en estas dos áreas, el número de quejas recibidas.

“Es preciso reformar la Ley que desarrolla el Defensor del Pueblo para darle mayor eficacia vinculante de cara a la Administración”

Bien, pues ateniéndonos ahora ya a Seguridad Social, Sanidad y Consumo —que están todas ellas muy intrincadas— le diré que hemos recibido muchas quejas en materia de enfermos. Naturalmente, quienes acuden, de éstos, a la Institución, son aquellos que, habiendo ya tenido contacto con las redes de asistencia sanitaria, sobre todo pública —nosotros no tenemos facultades para resolver las referentes a la asistencia privada, aun cuando también nos han llegado quejas— presentan reclamaciones por tratamiento en ambulatorios y hospitales públicos, así como por asistencia sanitaria en los pueblos.

Evidentemente, han sido casos importantes. La Institución del D.P. ha tenido contacto con el mundo doliente, en todas sus manifestaciones, tanto físico como psíquico (parapléjicos, disminuidos sensoriales, ciegos...) y luego los casos de tipo epidémico, como pueden ser los afectados por el SIDA, etc.

L.H. —*Nosotros estamos convencidos que con toda esta realidad se podría reconstruir un Informe, parecido al que usted elaboró sobre las cárceles, que podría tener idéntica capacidad de escandalizar tanto a la sociedad como a sus dirigentes, y que, según dicen, fue su «billete de salida»...*

R.G. —Bueno, yo no sé si fue o no mi billete de salida ... Lo cierto es que hay un informe que se está elaborando, y que me imagino que se publicará, sobre los 120 hospitales públicos que se visitaron por nuestra Institución.

Hemos visitado todos estos hospitales, psiquiátricos algunos de ellos ... por ejemplo, hemos estado en hospitales dirigidos por los Hermanos de San Juan de Dios; yo, concretamente, visité el Hospital Psiquiátrico que ustedes tienen en Ciempozuelos, y del que salí gratamente sorprendido. Me impresionó mucho todo: la organización, la atención que me dedicó el Hermano Superior, el aire general que allí se respiraba, su aspecto ... Incluso fui conocedor de cosas tan laudables como la de algún caso en que se le había retirado la subvención a una persona que necesitaba ser atendida y el Hospital continuó haciéndolo ...

También soy conocedor de que la doctora asesora de nuestra área de psicología estuvo también en el Hospital que los Hermanos tienen en Palencia. Igualmente salió de allí muy complacida ...

Hemos estado, pues, en contacto físico con los hospitales. No nos bastaban los papeles, queríamos palpar la realidad ...

“Sólo en los dos primeros años de existencia tuvimos que resolver 55.000 reclamaciones. Y al cabo de los cinco, 98.000”

L.H. —*Perdone nuestra insistencia. Y desde esta realidad ¿se podría elaborar ese «Informe-escándalo»?*

R.G. —Yo no sé si llamarlo así; depende de quién quiera escandalizarse de las cosas. Yo diría un Informe «interpelante», porque la Administración es la sujeta pasiva. Nuestro trabajo es inspeccionar a la Administración Pública y, por lo tanto, la sanitaria.

En ese sentido, insisto en que existía ya un informe en plan muy avanzado y que, supongo, se publicará a lo largo de este año.

L.H. —*Primera estación: los enfermos mentales siguen sin estar acogidos a la Seguridad Social. En el Informe del D.P. a las Cortes algo dice usted de pago de prestaciones a enfermos mentales en fase aguda... Pero ¿y los crónicos, que siguen hoy llenando los Hospitales Psiquiátricos?*

R.G. —Cuando apareció la Ley General de Sanidad, nosotros no la recurrimos porque creímos que no era inconstitucional, pensábamos que era una Ley muy amplia, marco ... Pero sí señalamos inmediatamente dos o tres cosas que nos parecían graves. Es decir, que todavía hay un 5 %, aproximadamente, de la población española que no está cubierta por el Sistema Nacional de Salud. Otra cosa es que personas que se hallan cubiertas por el sistema puedan optar, si lo prefieren, por el privado. España tiene un sistema mixto de sanidad, no es único: público y privado.

Pero lo grave es que hay personas que no tienen acceso al sistema público si no están en la Seguridad Social.

Uno de tales colectivos es la psiquiatría. Ya sabemos que a nivel ambulatorio existe consulta, pero no un tratamiento psiquiátrico en profundidad. Claro, queda la beneficencia. Pero esto tie-



«Yo entré en la Institución, es decir, me eligieron porque había sido un luchador por los derechos humanos»

ne graves problemas, porque el coste de estos enfermos puede ser imposible de sostener...

Nosotros creemos que esto se ha de corregir y así lo planteamos. Como también planteamos que la S.S. corra con los gastos de odontología, estomatología...Y todo ello va a ser absolutamente necesario una vez que hemos entrado en la C.E.E.

L.H. — *Uno de los temas que más preocupa hoy a la población son los toxicómanos. Y probablemente más por la inseguridad ciudadana que generan que por el drama de su misma enfermedad. ¿Cómo se ha movido en este campo el D.P.?*

R.G. — Ya le he dicho que un área de las que existen en la Institución es la psicológica. Y dentro de ella, hay un área especial y diferenciada dedicada a la toxicomanía: tratamiento a los toxicómanos, lucha preventiva contra la misma, ayuda al toxicómano y sus familiares cuando desean hacer una cura... A esto nos hemos dedicado profundamente puesto que, aunque usted sabe que existen centros para ello —como el Patriarca, Proyecto Hombre, etc.—, son muy costosos ya que implican, lógicamente, muchos gastos. Hay, a veces, subvenciones públicas. Pero nosotros insistimos en que hay que multiplicar los centros públicos de tratamiento al drogadicto y de desafección a la droga. Nuestra preocupación, en este campo, ha sido muy viva y constante, y teníamos previstas nuevas actividades.

L.H. — *Usted pide, en su Informe a las Cortes, que se regularice el derecho a la huelga en el mundo sanitario. ¿En qué marco debería de realizarse dicha regularización?*

“Si el marcharme podía ser una espina, yo me la he quitado pronto”

R.G. — Nosotros hemos sido muy claros en eso. Creemos que el derecho a la huelga es un derecho fundamental de los trabajadores que está en la Constitución. Pero la propia Constitución prevé que, como cualquier otro derecho fundamental, ha de ser regulado. Y ello de tal manera que no se dañen los servicios esenciales.

Y si hay un servicio esencial en una nación, es el servicio de asistencia sanitaria, que está ligado al derecho más elemental de todos, el derecho a la vida. Por consiguiente, nosotros hemos sostenido que en materia de huelga habría que regular los servicios mínimos, pero de una forma muy generosa en beneficio de los enfermos, aun cuando ello suponga un sacrificio para los trabajadores. Incluso, si se puede, ha de evitarse en lo máximo posible, no coactivamente, sino por el diálogo, el estudio de la situación...

El Tribunal Supremo y el Constitucional han sido claros: el derecho del enfermo es prioritario sobre el derecho a la huelga. Lo cual no quiere decir que se supriman las huelgas, ni que se les haga puramente anecdóticas... sino que se compaginen los derechos de los trabajadores a la huelga con los derechos prioritarios de los enfermos a la asistencia sanitaria.

“Hemos visitado las 86 cárceles españolas y 120 hospitales”

L.H. — *La verdad es que los recursos sanitarios son escasos, pero en nuestro país lo son más de lo que debieran. Mientras que los demás países de la CEE superan el 6 % del PIB dedicado a la asistencia sanitaria, España no supera el 4,8 %. Vamos en el furgón de cola, tan sólo seguidos por Portugal y Grecia. ¿No cabría una acción de denuncia por parte del D.P. de este reparto presupuestario que deja minusvalorado el derecho a la salud, ciertamente prioritario como hemos convenido?*

R.G. — Ante las indicaciones que se nos han hecho en más de una ocasión de que no era posible, por ejemplo ante la cuantía de las pensiones o la mejor y mayor atención a los distintos servicios sanitarios, siempre se nos ha dicho que es lo que corresponde a las partidas económicas presupuestarias. A eso hemos argüido que el problema será distribuir mejor el gasto público en una jerarquía de necesidades vitales. Y vuelvo a insistir: después del derecho a la vida, y ligado a él, está el derecho a la asistencia sanitaria.

Nosotros verdaderamente creemos que España tiene que aumentar el erario público dedicado a servicios sanitarios en todas sus facetas y dimensiones. En ello hemos insistido siempre.

Lo que ocurre es que no tenemos fuerza compulsiva, pero sí hemos dejado claro esto, tanto en nuestros Informes a las Cortes como en diversos momentos puntuales.

Hacen falta medios y medidas para que hagan cada vez más rápida y eficaz la asistencia sanitaria del enfermo, sobre todo del enfermo en situaciones de necesidad.

Cada peseta de más que gaste el Estado por los enfermos, será cumplir un deber esencial que el Estado tiene.

L.H. —¿Fue conocedor el D.P. de la existencia de auténticos «almacenes de ancianos» incapaces, desde cualquier punto de vista, de ofrecer unas mínimas condiciones de dignidad de vida a los mismos?

“El Defensor del Pueblo ha tenido contacto con el mundo doliente en todas sus manifestaciones, tanto físicas como psíquicas”

R.G. —Yo he visitado bastantes residencias de la tercera edad, unas públicas, otras privadas. Por ejemplo, visité en Arenas de San Pedro la que tienen allí las Hermanitas de San Pedro de Alcántara: una excelente, colosal residencia, llevada con un espíritu de gran humanidad. Hablé con los residentes y todos se hallaban muy contentos. Y otras muchas más, verdaderamente modélicas: Luanco, Jarandilla de la Vera...

Ahora bien, ya sé que existen, yo no me atrevería a llamarlas «almacenes de ancianos», pero sí edificios no adecuados para una vida digna, sean de carácter público o privado.

Se está trabajando ahora en una idea que no es mala en sí, siempre y cuando se armonice con la existencia de dignas residencias para quienes las necesiten: valdría más que el Estado, o las Comunidades Autónomas, gastasen más en servicios a domicilio. Asistencia al anciano sin sacarlo de su hogar, siempre que el hogar pueda mantenerlo dentro de sus ámbitos psicológicos, físicos... Pero esto, a veces, resulta utópico y no se puede exigir de muchas familias. Y aquí surge un deber de solidaridad de la sociedad civil, y del Estado, en definitiva que la encarna: hacer residencias mejor acondicionadas para la tercera edad.

L.H. —Está claro que la mayoría de tales «almacenes» —nosotros sí que nos atrevemos a llamarlos así— no son propiedad pública. Pero en todo caso, el Estado sí que tendría ahí una función de tutela y de vigilancia para que no se diese tal realidad.

R.G. —Sí, claro, siendo privados existe la obligación por parte del Estado de llevar a término la correspondiente inspección médica. Además, la Constitución misma exige una protección especial de la tercera edad: es obligación, por ello, de evitar que las personas mayores vivan hacinadas y en malas condiciones, estén donde estén.

L.H. —En su Informe dice tener «creciente preocupación por el SIDA». ¿Qué ha hecho en este sentido?

“Existía ya un Informe, en plan muy avanzado, sobre la situación sanitaria y que, supongo, se publicará este año”

R.G. —Empezamos a trabajar en ello muy pronto. Cuando todavía no había hecho explosión pública el problema, nosotros ya sabíamos, a través de nuestros medios y de los hospitales, que existía un problema grave.

Lo primero que hicimos fue preocuparnos de las importaciones de lotes de sangre y de las transfusiones. Sabíamos, por medio del médico asesor del área, que ahí había un problema grave. Y en este sentido informamos al Ministerio correspondiente en el año 1983.

Seguimos con sumo interés cuanta legislación y normas se van dando para garantizar que el empleo de sangre, importada o no, fuese muy vigilada.

Cuando se produjo la explosión de la enfermedad, con mayor motivo solicitamos que se extremasen las medidas tanto profilácticas como curativas. Hemos tenido que atender, en este sentido, a una población de alto riesgo como son los toxicómanos, los homosexuales y los hemofílicos. Y muy especialmente los toxicómanos en prisión y, en general, toda la población penitenciaria. Hemos pedido que se vigile estrechamente, a nivel médico, la entrada en prisión de un portador, y que una vez dentro, no exista la contaminación.

L.H. —Un problema cada vez más acuciante es el de los enfermos terminales. Molestan a muchos profesionales, cuestionan nuestra sofisticación, colapsan hospitales... Necesitan atención médica, asistencia integral, cercanía humana. Se les relega, dándoles una salida economicista: buscar centros concertados, que suponen menos desembolso.

R.G. —Esto es muy grave. Yo creo que en España no se practica la eutanasia activa —aunque, a veces, he leído en algún periódico lo contrario—; sería un crimen y un delito perseguible. Esa otra eutanasia pasiva, de no prolongar indebidamente la vida de una persona incurable que quiere dejar de sufrir, ya no existe la obligación de mantenerle la vida. Al menos así lo creo.

Pero lo que sí es cierto es que una política de Estado debe de agotar al máximo las posibilidades de ayudar a la persona aunque esté en un período terminal y no endosárselas a otros centros, aunque sean de carácter privado o subvencionado. El Estado ha de tener respeto a la dignidad de la persona hasta el final. Mientras la persona no desaparece, es persona humana y, por tanto, hay obligación muy prioritaria de atenderla en su cuerpo y en su espíritu.

“No recurrimos la Ley General de Sanidad por cuanto no nos parecía inconstitucional, pero sí que señalamos dos o tres cosas de ella que nos parecían graves”

L.H. —¿Y qué nos dice de las 400 ptas./día que, a modo de dieta, la S.S. ofrece al acompañante de un enfermo que ha de ser trasladado a centros de fuera de su región?

R.G. —Sí, son dietas que han quedado totalmente desfasadas. Hemos pedido también su revisión.

Siempre las dificultades mayores que hemos tenido en la Institución, son cuando la reclamación que hace el D.P. tropieza con una consignación tributaria. Ahí se produce una situación difícil. Nos dicen: «Si se multiplica esto por el número de casos, representa tanto». Volvemos a insistir que todo es una jerarquización por prioridades; y la prioridad número uno es la asistencia sanitaria en todos sus aspectos. También en éste.

L.H. —En su Informe a las Cortes, no aparece para nada el tema de los disminuidos psíquicos profundos. ¿Es que no han existido quejas en este campo?

R.G. —Sí, claro que nos han llegado. No tanto del tratamiento de los mismos —que también nos han llegado—, sino de las pensiones o ayudas a las familias con hijos mayores en esta situación. Las cantidades que antes se percibían eran totalmente irri-



«El diálogo
es una palabra clave,
y no sólo
en mi vida personal»

sorias, y, aunque todavía no son suficientemente altas, algo se ha mejorado.

Queda aquí cuidar el tratamiento de estas personas, y no sólo el tratamiento médico sino también el aspecto educativo y el laboral. A mí me impresionó muy gratamente la visita a unos talleres de muchachos —no ciertamente profundos— disminuidos de Galicia. Era de una asociación de carácter privado, pero que contaba con subvenciones de la Xunta.

“Hay que multiplicar los centros públicos de tratamiento al drogadicto”

Como dato anecdótico puedo decirle que la Institución del D.P. contrató y confió la limpieza interior del edificio a una asociación de disminuidos psíquicos.

Nos hemos batido también con fuerza para que se cumplan las normas laborales que exigen la reserva de un 2% de plazas, dentro de las plantillas, para los disminuidos. Ésta es una batalla, ciertamente, muy difícil.

L.H. —*Escasez de recursos. Los hospitales públicos están saturados, «las listas de espera son desesperantes»... y ahí queda un sector sanitario privado asfixiado, al que no se le pide colaboración en ofrecer, como usted decía, una asistencia rápida y eficaz. ¿No se debería contar con todos los recursos existentes en el país sin despreciar ninguno de ellos por cuestiones ideológicas y políticas?*

R.G. —Mi respuesta es absolutamente positiva. Es más, nosotros ya intervenimos y estuvimos en relación con los Hermanos de San Juan de Dios cuando tuvieron dificultades al disminuirles

“Habría que regular los servicios mínimos en caso de huelga sanitaria pero de una forma muy generosa en beneficio de los enfermos”

las ayudas a estos centros de carácter privado por considerar que ya existían plazas suficientes en los centros públicos.

Nosotros estimamos que en un sistema mixto de salud, puesto que la Constitución no acoge un sistema económico estaficado ni un sistema sanitario único, cuando haya instituciones que lo merezcan, no cualquier institución, caso concreto de los Hermanos de San Juan de Dios —y no lo digo por estar hablando con usted, sino por estricta justicia como yo mismo he podido comprobar—, el Estado debe distribuir más equitativamente sus recursos para aprovechar el esfuerzo, la competencia y el cuidado que tienen las personas que están en estas instituciones en favor de los enfermos.

A mí me parece que el objetivo prioritario a tener en cuenta es que el enfermo esté lo mejor atendido posible, no sólo en lo médico sino también en lo humano.

L.H. —*Don Joaquín, ¿cómo ha percibido usted la función social de la Iglesia en este campo de los enfermos más necesitados y desasistidos?*

“Ante la escasez de recursos, el problema será distribuir mejor el gasto público en una jerarquía de necesidades vitales”

R.G. —Hay que decir, entre paréntesis, que nosotros, los católicos, hemos pecado muchas veces de insolidaridad humana. A pesar de las exhortaciones del Magisterio, hemos fallado muchas veces.

Pero tampoco hay que dejar de decir que la Iglesia, en el orden asistencial a los enfermos, tiene una historia hermosa. Eso es de toda justicia decirlo, y la Iglesia no debe jamás avergonzarse de ello.

Lo que ocurre es que, cada vez más, hemos pasado del concepto de la mera beneficencia, si se quiere, de asistencia por caridad, al de justicia social. Y la Iglesia debe de asumir, y creo que cada vez lo hace más, ese concepto de justicia social. La Iglesia debe defender las libertades, y lo está haciendo ya, sobre todo a

raíz de Juan XXIII y del Vaticano II, pero debe defender, también, los valores de igualdad y de solidaridad, es decir, los valores de la justicia social.

Yo me alegro que esta entrevista se celebre cuando acaba de ser promulgada una nueva encíclica sobre tema social: la «Solicitud Rei Socialis» de Juan Pablo II, de la que tendremos mucho que comentar en otros momentos. En ella hay un llamamiento apremiante a los cristianos y a los hombres de buena voluntad para que acaben las terribles injusticias sociales en el mundo. Y una de ellas es la que sufren los enfermos, y especialmente los enfermos más desvalidos.

L.H. —*Parece lógico que el D.P. esté al lado del pueblo. Pero quien le nombra es el poder. ¿Es fácil mantener en tal tesitura la fidelidad hacia el defendido frente al agresor que le ha nombrado a uno?*

R.G. —Yo creo que hay que distinguir. El poder de donde surge el D.P. es el poder de las Cortes, es decir, de los representantes de la soberanía popular. Se podrán poner las matizaciones y los interrogantes sobre la autenticidad que en todos los casos podrá o no tener esa representación política, pero la verdad es que son las Cortes quienes designan al D.P. Pero, una vez nombrado el D.P., las Cortes respetan plenamente su independencia.

Con arreglo a Ley, el D.P. no puede ser objeto de mandato imperativo alguno ni de influencia de ningún tipo. Eso le da una gran independencia del poder legislativo de quien depende.

En cambio, respecto al poder ejecutivo, que es quien controla directamente la Administración, el D.P. no tiene dependencia alguna. Al contrario, supervisa el funcionamiento de la Administración, y por consiguiente no puede ser objeto de mandato alguno ni de ningún entorpecimiento.

¿Quiere decir que puede sucederse, en algún caso, situaciones de disgusto, de escozor, de extrañeza por alguna intervención del D.P.? Ello sería lógico porque cualquier persona o colectivo supervisado se siente un poco incómodo. Pero es que, por esencia, la Institución del D.P. tiene que ser eso, y si no lo es, mejor es suprimirla. Lo que no se puede hacer es defraudar al pueblo: «Mire, hay una Institución para defenderte y no se le va a permitir cumplir su misión». Si tiene que cumplirla, debe de hacerlo a fondo y con independencia; con respeto, con sentido de la responsabilidad, pero con plena independencia y autonomía.

“El Estado ha de tener respeto a la dignidad de la persona hasta el final de su vida”

En este sentido cabría decir, de alguna manera, que la Institución del D.P. es un contrapoder. No en lo político —el D.P. no entra en el programa político que puede ser de derechas, izquierdas, centro...—: son las consecuencias del ejercicio del poder lo que vigila el D.P. En este aspecto, resulta un cierto contrapoder. No para enervar una acción política que esté dentro de la Constitución y de la Ley, sino para vigilar y corregir los excesos, tropiezos y errores de la Administración.

L.H. —*¿Qué es lo que más le ha dolido como D.P. y qué lo que más le ha mantenido la ilusión para seguir caminando hacia adelante?*

R.G. —Comenzando por esto último, lo que ha mantenido mi ilusión ha sido la confianza de las gentes que llegaban a nosotros. Gentes que habían llamado a muchas ventanillas y que las encontraban cerradas o que no hallaban diálogo en ellas, han venido a nosotros con gran confianza. Y hemos hecho un gran esfuerzo por atenderlos. Muchos de ellos, en la medida en que iban

resolviendo sus problemas, nos han manifestado su agradecimiento y adhesión. Y quizá ahora más que nunca, cuando yo he cesado como D.P., me encuentro con reacciones espontáneas de la gente, en la calle, por carta o telegrama —y aprovecho para agradecerse a todos, aun cuando pienso hacerlo uno a uno—. Quiero agradecer a todos la confianza con la que nos honraron durante esos cinco años. Me parece que eso ha sido lo más alentador: tener conciencia de que el pueblo sabía que luchábamos por él.

“Los católicos hemos pecado muchas veces de insolidaridad humana. Pero también es cierto que, en la asistencia a los enfermos, la Iglesia tiene una historia hermosa”

Lo que más me ha dolido ha sido las veces en que hemos sufrido incomprendiones, cuando en el ejercicio de nuestro deber hemos tenido que manifestar, elaborar informes o formular reclamaciones o sugerencias que se hayan podido estimar como incómodas. Y, por otro lado, el no haber podido disponer de todos los medios y recursos que hubiéramos querido para que la inmensa mayoría de las quejas —sobre todo cuando éstas se referían a los sectores más marginados y desvalidos— hubieran quedado satisfechos.

Me gustaría que el Estado, sobre todo un Estado Social y de derecho, dedicara cada vez más recursos a las necesidades vitales, tanto económicas, como sociales, culturales, etc. de nuestros ciudadanos; y que dedicara menos a otras cosas que son instrumentos de muerte y no de vida. Ésta sería nuestra gran ilusión. El no haberla conseguido siempre, es evidente que nos ha producido una cierta tristeza.

Don Joaquín Ruiz-Giménez no ha rehuído ninguna pregunta. A todas y cada una de ellas ha dado su respuesta. En unas se le notaba más suelto, en otras más encorsetado.

Uno intuye que no es sino un reflejo de lo que el Defensor del Pueblo ha sido y es. Una Institución emanada de la propia Constitución, con una gran capacidad de convocar demandas y una menor posibilidad de ofrecer respuestas positivas a todas ellas. La pesada maquinaria de la Administración se pone por medio.

Es la debilidad y la fuerza de la propia Institución, la debilidad que dimana de su ausencia de acción ejecutiva y poder coercitivo, pero la fuerza que la ética, los valores y los derechos del ser humano otorgan a quienes son sus defensores.

Y, hasta prácticamente hoy, un hombre al frente de ella. Un hombre discutido. «Sor Intrépida le llamaron con Franco (él lo contaba en TV3) y lo fue (y con qué coraje) en momentos en los que nadie de los que estaban dentro lo eran. Y de un modo como no lo han sido todos los que hoy están dentro de lo nuevo —sentencia Antonio Marzal—».

Miguel Martín Rodrigo

Fotografía: Jordi Fàbregas **LH**

5. REFLEXIÓN SOBRE UNA REALIDAD

La notable presencia de un colectivo tan significativo como abandonado abre una serie de interrogantes, formula unas inquietantes preguntas, demanda una luz que ilumine, desde ángulos diversos, tantos porqués encarnados en unos hombres como nosotros.

No es aquí la teoría la que legitima la praxis. Al contrario, es la praxis la que provoca el fenómeno reflexivo, y en modo alguno legitimador de esa realidad.

LABOR HOSPITALARIA ha buscado unas personas que consideramos capacitadas para aportar un poco de luz en este tejido humano del abandono, la marginación y la falta de asistencia. Luz que, proyectada desde los diversos ámbitos de la reflexión humana, nos ayudasen a clarificar nuestros criterios, a refrescar nuestra memoria y a modificar nuestras actitudes. Luz que fuese capaz de acompañar, al menos, la conversión personal de cada uno de nosotros y la conversión colectiva de una sociedad con suficientes signos de pecado.

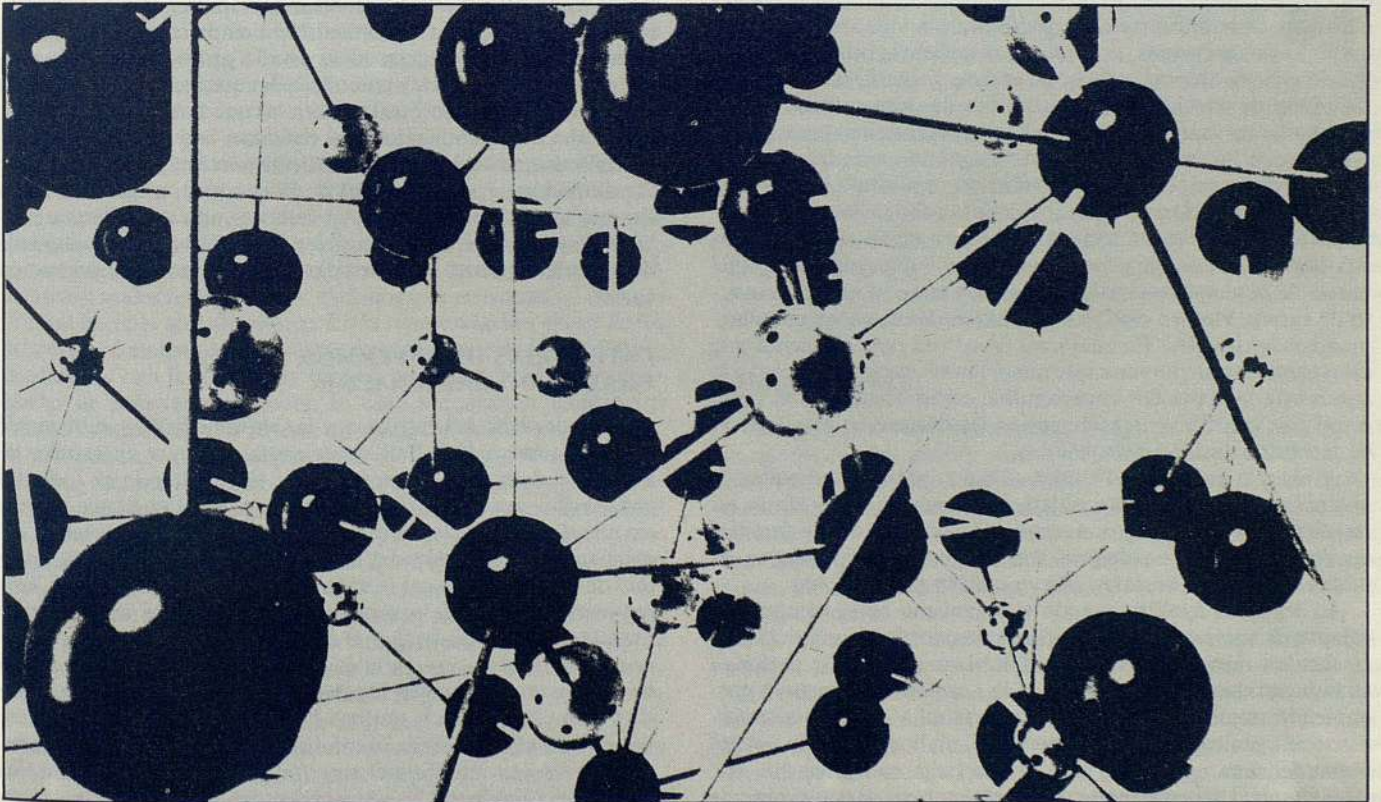
Adolf Perinat, profesor de sociología de la Universidad de Barcelona, aporta un análisis sociológico sobre el significado que tiene la existencia de un grupo, como el que nos ocupa.

José A. Pagola, Vicario General de la Diócesis de San Sebastián, describe el marco teológico de la relación que Jesús tuvo con estas personas. Y desde este legitimado paradigma, propone unas líneas de acción eclesiales que, lejos de ser opcionales, parecen sugerir la inevitabilidad de su aplicación en la medida en que la Iglesia quiera seguir siendo la comunidad de quienes creen y siguen a Jesús.

Javier Elizari, Director del Instituto Superior de Ciencias Morales de Madrid, nos ofrece el resultado del esfuerzo por pergeñar unos criterios de discernimiento ético sobre el tema.

Finalmente, publicamos el Mensaje que los Obispos españoles han elaborado con ocasión del Día del Enfermo del presente año. Es la voz de los pastores que pretende afinar la sensibilidad de la comunidad cristiana, así como apelar a la conciencia de todos los hombres de buena voluntad ante el problema señalado.

Todo ello conforma un bloque doctrinal que consideramos de interés en orden a clarificar una situación y a buscar espacios de respuesta coherente a la misma.



5.1 MARGINACIÓN Y ENFERMEDAD

Adolf Perinat

Profesor Adjunto de la Universidad de Barcelona

Al abordar un tema tan amplio y comprometido como el de la marginación que se teje en torno a la enfermedad, el especialista en ciencias sociales experimenta un cierto resquemor ya que penetra en un terreno —el de la salud/enfermedad— que tradicionalmente está acotado por la ciencia médica. Sin embargo, nada más saludable para la propia medicina que tomar conciencia de que la salud o la enfermedad tienen una dimensión social antes y por encima de lo que restringidamente se ha llamado ciencia médica. O, en otros términos, que la actividad curativa o preventiva a que se entrega la medicina son eminentemente sociales; y lo son no en el sentido trivial de que la enfermedad tenga como sujetos a miembros de la sociedad sino porque la enfermedad/la salud se constituyen en representaciones sociales. En torno a esos *estados* se teje un entramado de valoraciones, disposiciones, actitudes, todos ellos determinantes de la acción social organizada para hacer frente a la enfermedad.

Desde el ángulo antropológico, la enfermedad es una interrupción, un paréntesis más o menos largo dentro del ritmo de la existencia social; es quedar al margen del flujo de acontecimientos que rutinariamente jalonan el espectáculo de la vida cotidiana. *La enfermedad es, per se, marginación.* Esta dimensión inherente a los procesos de disfunción orgánica no es, ni mucho menos, irrelevante para el proceso de recuperación el cual consiste esencialmente en reinsertarse en la plenitud de la vida social. Esto es lo que, a fin de cuentas, se reconoce al definir la salud como forma de vivir autónoma, solidaria, gozosa y, añadiríamos, dentro del tejido de relaciones sociales propio de cada cultura.

Una de las razones por las que toda enfermedad lleva aparejada alguna forma de marginación es que los seres humanos (y en esto somos singulares en la evolución orgánica) vivimos proyectados hacia el futuro. Es ésta una de las dimensiones más profundas de la cultura humana. En la época de las economías de subsistencia se decía que los niños nacían con un pan debajo del brazo. Aunque esto nos parezca ramplón aquí, ya hay un proyecto de futuro. Hoy en día los niños nacen con destinos aparentemente más elevados. En cualquier caso, esta representación que albergamos de un porvenir que imaginamos *nuestro*, impregna la conciencia humana tan imperceptible como hondamente; tanto es así que constituye una dimensión (la dimensión prospectiva) de nuestra identidad personal.

Y bien, la enfermedad trunca súbita e inoportunamente esta *vección*; deja en el aire los objetivos de nuestra vida. Hasta las satisfacciones inherentes a nuestro bienestar privado y familiar quedan aparcadas: encuentros con amigos, participación en rituales religiosos o sociales, ocio y cultivo personal, etc.

El drama se agudiza cuando el organismo no se recupera en el lapso de tiempo que uno considera *razonable*; si lo que comenzó siendo —aparentemente— una dolencia pasajera se prolonga en la incertidumbre de un volver a la normalidad que se va poniendo un día tras otro. La vida de familia en torno al enfermo se reorganiza; quizás se le interna en un hospital, se le somete a una delicada operación, seguirá una larga convalecencia, etc. La vida social del enfermo se pone entre paréntesis, sus proyectos

inmediatos quedan archivados... Una gran dosis de la acción terapéutica que se aplica en estos casos va encaminada a que el enfermo acepte vivir al margen de sus patrones de vida cotidianos. Pero él se siente en la vía muerta viendo pasar convoyes a toda velocidad con destinos bien definidos...

Un segundo nivel de marginación, más sutil todavía, es el que se da en el seno de la propia institución hospitalaria si, en razón de la eficacia organizativa, el enfermo se siente *reificado* (una cama, una habitación con su número, una historia clínica con otro número, un caso más o menos *interesante*). Es uno de los matices de eso que ha venido en llamarse la *deshumanización del hospital*. No es que el enfermo esté desatendido: es que él no se siente objeto de un trato personalizado (atendida la definición que él hace de su personalidad). Unos cuidados médicos técnicamente impecables no están reñidos con el que un enfermo se sienta reducido a la condición de *máquina en reparación*. Al demoleedor ataque que a su identidad personal-social hace la enfermedad que le ha obligado a hospitalizarse, se suma el que los aspectos nucleares de esa identidad (quién es uno con su historia personal, su nivel de vida y de educación, su tejido de relaciones sociales) son irrelevantes para una organización enormemente burocratizada. El igualitarismo a ultranza, el sentirse medido por el mismo rasero que todos los demás internados, es la banalización de la persona: es una forma de marginación sutil y humillante.

Si por todas estas razones toda enfermedad supone una marginación social, algunas enfermedades la acentúan. Mejor dicho, la redefinen a otro nivel en que no sólo cuenta el estar fuera de la sociedad por incapacidad de seguir el ritmo de la vida cotidiana sino que surgen otros factores que la impregnan de una valoración específicamente negativa. No siempre el enfermo suscita compasión o condolencia, ni su estado provoca la reacción socialmente adecuada. Hay enfermedades que atraen rechazo, otras suscitan reacciones ambivalentes en las que a veces el entorno social acaba desentendiéndose del enfermo; hay estados cuya calificación de patológicos está en entredicho o está enmascarada por la valoración social (negativa) de la conducta a que dan lugar. En este artículo me centraré en este segundo nivel de marginación. Para abordarlo comenzaré por establecer una taxonomía de las enfermedades consideradas como formas de marginación social.

CATEGORÍAS DE ENFERMOS, GRADOS DE MARGINACIÓN

Hemos dicho más arriba que las enfermedades son objeto de representación social. Ésta posee un núcleo muy ancestral y resistente al desgaste del tiempo, y por ello se detecta en todas las culturas humanas por diversas que sean. Es el que hace referencia a la *tipicidad* de la conducta del enfermo (estado físico de decaimiento, interrupción del ritmo normal de vida) y a la *tipicidad* de la reacción social (acción curativa y de solidaridad). Esta representación puede parecer a las mentalidades avanzadas de nuestros países industriales un tanto *folclórica*. Hoy día consideramos dentro de la categoría de enfermos a personas cuyo estado no encaja en esa imagen ingenua del *postrado por la enfermedad*. Con ello aludo a la borrosa frontera que existe —para la mayoría de la gente— entre la enfermedad prototipo y otras enfermedades cuyas manifestaciones son *atípicas*. Por ejemplo, los trastornos psíquicos y las que pueden dar origen a conductas an-

tisociales de agresividad o formas de sexualidad *anómalas*. Las sugestivas investigaciones de Michel Foucault han puesto de manifiesto cómo se ha ido poco a poco perfilando en la historia el concepto de enfermedad mental. Según épocas y culturas, un mismo síndrome conductual ha podido ser interpretado como que el sujeto era «visitado» por la divinidad, estaba *poseído* por el demonio o era un demente. Quizás años por delante, ciertas manifestaciones de lo que hoy es delincuencia pura y simple sean catalogadas de patologías. ¡Conocemos tan poco en el campo de la psico-somática! A donde voy a parar es que hay individuos que *están* enfermos pero que *no son* enfermos. Y no lo son porque ni se ajustan a la representación social popular del enfermo ni la patología científica los cataloga de tales. Es un contingente de marginados que ni ellos mismos saben que lo son.

Este *núcleo duro* de la representación social de la enfermedad es asimismo refractario a otros aspectos que afectan a la duración y a la irreversibilidad de ciertos estados patológicos. Me refiero a la dicotomía entre enfermedades agudas y crónicas. El progreso de la medicina y de la farmacopea en lo que va de siglo (y particularmente después de la segunda guerra mundial) ha operado un cambio de panorama decisivo. Ahora ya no existen enfermedades graves o leves (al menos estos vocablos no tienen el mismo sentido de antaño cuando «grave» implicaba un casi seguro desenlace fatal). Hoy en día se tiene casi más en cuenta el pronóstico que el diagnóstico en el sentido de que la ciencia médica consigue, en muchos de los casos que nuestros abuelos hubieran calificado de graves, un pronto restablecimiento del paciente (y el adverbio *pronto* habría que concretarlo por referencia a nuestro ritmo de existencia actual). Un mal pronóstico, en cambio, no supone peligro de muerte inminente; sí puede implicar que la vuelta a la normalidad es problemática. Aquí vemos delinarse la figura del enfermo crónico y, obviamente, la del terminal o desahuciado. Por extensión, podríamos aquí incluir a los ancianos. No es que ancianidad y enfermedad sean equivalentes; para ser más exactos, se recubren parcialmente, aunque no sea más que porque un anciano no goza de esa salud caracterizada en términos tan brillantes por la OMS.

Crónicos, terminales y ancianos son tres subcategorías de enfermos que tienen en común el ser asiento de procesos irreversibles ante los cuales la ciencia médica tiene poco que hacer por carecer de medios adecuados. Por esta y otras razones que desgranaremos luego, corren un *alto riesgo* de ser marginados por las instituciones que tratan de la salud.

Queda aún por describir una amplia categoría de enfermos, candidatos a las formas más drásticas de marginación: las que son simultáneamente sociales y asistenciales. Son aquellos cuya enfermedad *estigmatiza* al que la contrae. Más bien que alteraciones orgánicas son *males* (y el cambio de terminología es significativo); males repugnantes o extraños que provocan un rechazo frontal hacia el que los padece. En la representación social de los mismos se amalgaman los tremendos recuerdos de las epidemias medievales con la idea (muy bíblica, por cierto) de que son secuelas de pecados personales. El caso arquetípico actual es el SIDA. También entran en este apartado los enfermos mentales, los drogadictos. Cada estigma tiene sus peculiaridades. El rechazo que genera la locura no nace del temor de contagio por transmisión material sino de la angustia que produce el extraño, el *alienus*, que es el que ha roto los hilos de la conversación y del razonamiento que mutuamente nos confirma que *las cosas son como son*, es decir, como todos convenimos que son...

Este breve recorrido por el abanico de enfermedades que acarrean grados de marginación diversos pide ser completado desde otro ángulo: aquel que contempla la marginación cuyos antecedentes hay que buscar en la *lógica* de la profesionalización de la medicina. En efecto, el ejercicio de la profesión médica, en nuestra sociedad actual, adolece de unos condicionamientos sociales inherentes a su propia organización social. El ejemplo más patente es el de la Seguridad Social. Lejos de mi ánimo el culpar

de esa asistencia masificada (al menos por ciertos consultorios) a los médicos del Seguro: la organización de la Sanidad Nacional, la nula educación sanitaria del español de a pie concurren a este deplorable espectáculo. Simplemente señalar, una vez más, el círculo fatal que se teje entre marginación económica y asistencial.

La profesión médica genera, como toda institución profesional, sus símbolos de prestigio. Resolver casos difíciles supone competencia reconocida y rentabilidad. El caso interesante motiva más que el banal (Como paciente, *mi propia situación jamás es banal*. El precio que la medicina ha pagado para lograr un status científico ha sido construir modelos a partir de *observables* y traducirlos en *casos*. Esta traslación tampoco es banal...). Un caso difícil incluso puede dar pie a una comunicación científica en congresos de la especialidad. Es este otro círculo, amablemente vicioso, en que competencia, prestigio y rentabilidad económica se refuerzan mutuamente. De rechazo, puede dar pie a un buen especialista atienda sólo a clientela privada: los pobres quedan al margen de la asistencia de los mejores profesionales.

Una vez esbozado el panorama de la enfermedad desde el ángulo de la marginación social que genera, vamos a entrar algo más a fondo en los problemas concretos que aquí se vislumbran.

LA MARGINACIÓN EN LAS ENFERMEDADES INCURABLES

Vamos a analizar, dentro de este epígrafe, la marginación cuyo punto de partida sería el carácter irreversible del proceso patológico. Habría, con todo, que introducir algunos matices. En primer lugar, el que una enfermedad esté caracterizada de irreversible o incurable no supone un acortamiento drástico del tiempo de vida por delante. Un caso particular son los enfermos desahuciados o terminales. En segundo lugar —y esto ha de recalcar— a la hora de explicar la marginación, lo que cuenta no es el hecho de la alternación orgánica permanente sino el grado de inadaptación social que acarrea. En este sentido, la marginación es primordialmente una consecuencia de la disminución tanto física como psíquica que surge y que ciertamente se acentúa por la reacción inadecuada del entorno social. A su vez, esta última está muy ligada a formas y momentos culturales. Es sobradamente conocido —y ya lo hemos apuntado al principio— que nuestra sociedad industrial, tecnológica y capitalista tiene una concepción de la enfermedad que fomenta la marginación de los enfermos.

Haremos un breve recorrido sobre tres tipos de enfermos a que hemos aludido ya: los crónicos, los desahuciados y los ancianos. Es obvio que el que aparezcan aquí reunidos en la misma clase no quiere decir que ignoremos las profundas diferencias que pueden existir entre unos y otros. Esta clasificación la hemos adoptado a efectos de facilitar la exposición.

Enfermos crónicos

El número de disfunciones que afectan a los enfermos de esta categoría es muy grande: diabéticos, hipertensos, asmáticos, cirróticos, renales, etc. Pero también pueden considerarse dentro de la categoría de crónicos los que han sufrido accidentes o fracturas óseas, los convalecientes. Otro contingente lo constituirían los disminuidos físicos y los sensoriales. Sin forzar mucho las cosas, también las adicciones y la enfermedad mental son alteraciones crónicas.

El enfermo crónico es asiento de un proceso patológico irreversible, como ya hemos dicho. Su situación pone en evidencia las limitaciones drásticas de la ciencia médica: ésta no tiene actualmente a mano un procedimiento eficaz para devolver al paciente al nivel de funcionamiento orgánico óptimo. Una enfermedad que no se cura, que sólo se puede aliviar, acarrea un vivir de calidad inferior. La existencia personal queda marcada por el

dolor frecuente, el sometimiento a regímenes alimenticios o de vida, recrudescimientos temporales, etc. El enfermo crónico se enfrenta a serias dificultades en su vida de trabajador productivo. Fácilmente se le margina del mundo laboral.

Por todas estas razones, la enfermedad crónica es un caldo de cultivo de estados de angustia y depresión. Sobre todo si sobreviene en la madurez avanzada luego de una vida bien integrada dentro del tejido social. La enfermedad crónica desencadena, además, una serie de mecanismos de compensación: extrema la dependencia del enfermo con los que le rodean, fomenta la auto-compasión. Ambas se refuerzan mutuamente y el entorno social se ve gravado con el peso de unos cuidados que no está preparado o dispuesto a soportar.

Con respecto a la asistencia médico-hospitalaria, la situación de los enfermos crónicos es típica. La incapacidad de la medicina para atajar la disfunción se traduce en una amalgama de impotencia y rutina de cuidados por parte del médico. No es extraño que se desentiendan (cortésmente) del caso: «¡No hay nada que hacer!». Tampoco es ésta una regla general: depende de la rentabilidad científica del mismo (una enfermedad metabólica rara) o económica (un paciente de buena posición). Pero el enfermo crónico no puede por menos de acudir a la institución social que tiene por función curarle o aliviarle. Lo hace en los procesos agudos de su mal pero lo hace también, más o menos conscientemente, para tranquilizarse, asegurarse y ser escuchado. De hecho, *tal como está montada*, la asistencia médico-hospitalaria no puede atender a los enfermos crónicos. La planificación económica del hospital de hoy se hace en vistas a los pacientes agudos; ocupar una cama de estos un tiempo indefinido acarrea gastos considerables. La no rentabilidad para el hospital es la más cruda expresión del desinterés social por esta clase de enfermos. En razón de esto, los hospitales no disponen de personal especializado para tratar a los crónicos. Si, como hemos dicho, éstos provocan *habituación* en los que atienden a su enfermedad, de aquí se sigue que el personal de enfermería tenderá a desentenderse de ellos: les motivan mucho más los casos agudos que generan una gran tensión y responsabilidad.

En definitiva, en quienes la enfermedad crónica tiene secuelas verdaderamente dramáticas es en los económicamente desfavorecidos. Hasta tal punto que, cuando desde el ángulo social se aborda el caso del entorno crónico, resulta difícil deslindar la parte de marginación atribuible a su enfermedad de aquella que es mera prolongación y agravamiento de la que ya sufrían por ser pobres. No es extraño, por tanto, que la caracterización del enfermo crónico abunde, *de hecho*, en consideraciones como éstas: «Es crónico aquel que está abocado a una asistencia continuada, con pobre calidad de vida que requiere ingresos reiterados o estancias largas en el hospital (...). Son crónicos aquellos enfermos sin medios ni familiares que, aunque no sufran una enfermedad invalidante, dependen de la sociedad para defenderse de ella y acuden a los hospitales (...) O los que resultan una carga demasiado pesada para la familia y ésta acude a la sanidad pública»¹. En otras palabras, el problema de la enfermedad crónica no es tanto de asistencia médica, en sentido estricto, cuanto de asistencia social. Esta última ha de entenderse como asistencia integrada e integral dando incluso más peso a los aspectos de ayuda psíquica que a los estrictamente materiales. (Aunque no hay que olvidar que cuando la supervivencia material se torna problemática surgen los desequilibrios psíquicos y nuevas enfermedades). Y si hoy en día no hay instituciones que acogen a enfermos crónicos o si éstas tienen un ambiguo status hospitalario, porque son en el fondo de beneficencia, hay que inventarlas; hay que hacer presión política para que se creen y para que innoven un estilo de asistencia *ad hoc*.

¹ Rubio, J. M.: *Los enfermos más necesitados y desasistidos en la sociedad y en la Iglesia*. XII Reunión de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria. Sept. 1987.

Los enfermos desahuciados

En el enfermo desahuciado o terminal, a la patología irreversible se añade un pronóstico fatal a corto plazo. El enfermo terminal es un condenado (por la naturaleza) a muerte. Cuando aludimos a la muerte estamos utilizando una metáfora. *Muerte* no es la Parca, ni es un umbral, ni un viaje... Es el punto final de un proceso desorganizador irreversible y autoacelerado. Es la disolución de la persona. Es dejar de ser. (Metafóricamente: entrar en el reino del no-ser, de las tinieblas, del más allá...). La muerte es la marginación por antonomasia.

La consciencia de una muerte próxima anticipa este manejo de representaciones de manera fantasmática. Cualesquiera que sean las metáforas con que el enfermo terminal se imagina el final de su existencia, este proceso va a constituir para él una experiencia incommunicable e irrepitable: es la soledad del moribundo. Pero, al mismo tiempo, la muerte es eminentemente social. Fundamentalmente porque es la desaparición de alguien inserto en el tejido de las relaciones de grupo y ello repercute en un reajuste de las mismas. Si la enfermedad suscita la solidaridad del grupo social, la proximidad de la muerte moviliza el círculo de allegados. De ahí que exista una *mise en scène* de la muerte. Es con respecto a esta dimensión pública de la misma que se da la marginación.

El enfermo terminal no tiene cura. El proceso de desorganización es imparable y progresa aceleradamente. Su caso le sitúa al margen, no sólo de la *acción curativa* sino de las expectativas que justifican su ejercicio.

Todas las consideraciones que hemos anticipado a propósito de los crónicos podrían aquí reiterarse. Para una medicina concebida primordialmente como *técnica de curar el organismo* poco o nada cabe hacer: aliviar al paciente con fármacos o —lo que es más discutible— aventurarse en una *experiencia científica* con escasa probabilidad de éxito.

Para una medicina asistencial en que prima la relación terapéutica aún queda un amplísimo campo de acción. Es la hora de la *acción expresiva*: la que calma, reconforta, disipa angustias, reconduce ritmos. Dicho más concretamente, el grueso de la acción terapéutica debería ir encaminado a suscitar en el enfermo terminal un haz de actitudes y disposiciones que le permitan *representar dignamente, ante sí y ante los demás, la escena de su propia muerte*. La ausencia de este principio orientador puede estar en el origen de una marginación específica: la que le convierte a uno en un extraño para sí mismo a la hora de actuar en la nunca ensayada última escena de su vida.

En los ambientes religiosos se pugna por sublimar la muerte. Como P. Berger ha señalado oportunamente², si hay alguna *explicación* sociológica de las religiones, ésta hay que buscarla en el colosal esfuerzo del Homo Sapiens por *revestir de sentido* los estados marginales que amenazan nuestra existencia, la muerte por encima de todos. Frases tan paradójicas como «la muerte es una etapa del proceso de crecimiento personal...»³ aceptan una traslación al lenguaje de las ciencias humanas. Sería ésta: la muerte anunciada, el lento consumirse, la agonía pueden hacer añicos la imagen que sustentamos de nosotros mismos; el «yo» puede disolverse, irreconocible, antes que la propia vida biológica. Sólo una acción de intenso apoyo por parte del entorno social invertiría este proceso y lograría que ese «yo» salga reconfortado, enaltecido con la consciencia de que uno afronta este trance dignamente. ¿Qué alcance tiene este último término? Que predomine la serenidad sobre el pavor que desorganiza la conducta; la resignación lúcida sobre el engaño *mutuamente negociado*; de la conciencia y aceptación de los propios límites frente al dolor físico;

² Berger, P.: *Por una teoría sociológica de la religión*. Barcelona, Kairós. 1978.

³ El establecimiento *Michel Sarrazin*. Filosofía/Objetivos. Sillery. Quebec. Canadá. 1982.

que se tenga la vivencia de la solidaridad que acompaña en el más difícil trance.

En el trato que el St. Joseph's Hospice de Londres ha diseñado para sus enfermos terminales de cáncer se plasman de manera extraordinaria estas exigencias: un entorno luminoso; un ritmo de asistencia más lento que el del hospital general; no escatimar el tiempo dedicado a la comunicación (si no el enfermo se limita a descargar su angustia y sus ansiedades); sensibilidad hacia el dolor y anticiparse a sus fluctuaciones; parsimonia en la administración de sedantes y antidepresivos; saber comunicar al enfermo el desenlace en el momento oportuno. Quizá este cuadro aparece como utópico. Sin embargo, es necesario implantar programas así; quizás entonces la asistencia hospitalaria tome conciencia del giro copernicano que ha de experimentar en su actuación con los enfermos terminales. Son los marginados por antonomasia. La soledad existencial que marca sus últimos días se agrava con el desconocimiento de cómo deben ser tratados; a menudo la asistencia hospitalaria se los sacude de encima bajo no se sabe qué pretextos. Las experiencias de trato con enfermos terminales, como la citada; los estudios psico-sociales acerca de estos pacientes, como los de Kubler Ross, han dibujado ya un cuadro bastante preciso de sus patrones de reacción y estados de ánimo fluctuantes, del impacto del dolor físico. Es intolerable que la asistencia sanitaria se muestre, a lo más, respetuosa pero impotente; que sólo trate de aliviar el dolor corporal y se retraiga, por falta de tiempo y de capacidad humana, de enfrentarse con el dolor psíquico que intuye en el moribundo.

Los ancianos

También los ancianos son unos grandes marginados de la sanidad. Por estar hoy día mucho más cerca de nosotros (nos los tropezamos en los paseos, en los medios de transporte, en los establecimientos públicos...), tenemos un conocimiento de primera mano de su marginación social y asistencial. La prensa (y no precisamente sensacionalista) pone de vez en cuando al descubierto la *punta de iceberg* del inmenso desamparo en que malviven.

El gran hándicap del anciano —y no sólo de nuestros días— es su falta de autonomía. Ante todo por su disminución motriz: son torpes, lentos, carentes de reflejos y fácilmente víctima de lesiones óseas. Su presencia distorsiona nuestro ritmo de desplazamiento apresurado. Tampoco son autónomos económicamente; y muchos de ellos acaban sus días en una residencia por imposibilidad de ser atendidos en sus propias familias. Los años traen consigo un deterioro más o menos fuerte de la salud. El anciano necesita, mucho más si cabe que el adulto normal, de la asistencia médica. La Seguridad Social despilfarra con ellos en fármacos, quizás lo menos importante.

Pocas residencias de la tercera edad tienen médico de cabecera. A casi ninguna consiente el médico del Seguro ir a pasar consulta y son los residentes los que han de desplazarse al ambulatorio. Aunque contraten alguna enfermera por horas, pocas se pueden permitir el lujo de tenerlas en plantilla o de velar sus enfermos de noche. Los regímenes alimenticios no son siempre los más adecuados. Cuando se les hospitaliza puede que sean tratados correctamente pero la salud de un anciano nunca suscita esa *movida social* que a veces se produce para conseguir un medicamento raro o la donación de un órgano. Por encima de todo ello, una ausencia casi total de apoyo ante las carencias psíquicas y físicas que padecen.

Los ancianos son desatendidos de la medicina porque ya están fuera de la sociedad, de sus circuitos productivos y, lo que es más grave, de la conversación con sus hijos y sus próximos donde se harían presentes sus opiniones, sus experiencias y su pasado. Pero este último carece de interés para una sociedad locamente obsesionada por el *futuro tecnológico*. Hemos banalizado su pasado (gracias al cual somos lo que somos). Les negamos un futuro y por eso no invertimos en ellos (sería un contrasentido). Otra

incoherencia de lo más hiriente —típica de una sociedad capitalista— es haber invertido fuertemente en investigación médica e incluso gerontológica (prolongando la esperanza de vida) para, acto seguido, desentenderse de los ancianos. Su longevidad resulta inoportuna e improductiva. ¿A quién favorece, entonces, tanta investigación médica y gerontológica? ¿A quién corresponde insuflar una pizca de coherencia en la organización social para que los efectos del progreso de las ciencias de la vida no quede dilapidado por la incapacidad de hacerse cargo de aquellos que son sus primeros beneficiarios?

ESTIGMA Y MARGINACIÓN

E. Goffman ha recuperado el término y el *motivo* del estigma⁴ y lo ha aplicado a aquellos caracteres, físicos o conductuales, que se erigen en «distintivo», esto es, que hacen distinta a la persona portadora de los mismos. Por oscuras razones, que quizás hay que rastrear en zonas opacas de nuestro cerebro, los humanos tenemos una idea arquetípica de *lo normal* (lo que representa y cumple la norma); tendemos a rechazar visceralmente al que se desvía de ella. Ser portador del estigma es precisamente desviarse de la norma: es ser candidato a la segregación. Muchos estigmas son secuelas de enfermedad. El arquetipo es la lepra. En general, cualquier enfermedad que desfigure físicamente comporta un estigma (mongolismo, cojera...), pero también las enfermedades mentales que deforman la conducta son estigmatizantes. Igualmente lo son las infecto-contagiosas-epidémicas (cólera, peste...). Si en éstas, por añadidura, está involucrado el sexo, el estigma se encona (sífilis, SIDA). En el origen del estigma se agazapa posiblemente un pánico irracional ante lo que se considera una enfermedad mortal que se difunde misteriosa y devastadoramente. El rechazo al contagio se traduce en rechazo y segregación del agente de contagio. En otros casos, el estigma puede que refleje una angustia inconsciente ante la deformidad: la anormalidad física o psíquica nos revela descarnadamente que nuestra orgullosa normalidad pende de un tenue hilo...

La gama de enfermedades estigmatizadoras es muy grande. Sería prolijo detenerse en todas. Trataremos exclusivamente del SIDA y la drogadicción.

El SIDA

El SIDA se nos antoja algo así como la resurgencia, en plena era de la tecnología avanzada, de cualquiera de aquellas terribles epidemias que asolaban a la humanidad medieval. Hemos sido testigos de su aparición a comienzos de esta década y somos artífices y participantes de su construcción como *representación social*. El SIDA es un nudo gordiano en el que quedan bien trabados todos los hilos del mal epidémico: origen misterioso, difusión galopante, estigma y muerte. En él se dan cita todas las paradojas e incoherencias que podrían esperarse de una sociedad cuyo cacareado pluralismo se traduce en que las múltiples fuentes de información y decisión no sólo están descoordinadas sino que apuntan a objetivos en inconcesada pugna.

Las causas del SIDA, aunque identificadas, son indomables. No hay un *savoir faire* que frene su avance desolador. Frente a este desconocimiento práctico existe, en cambio, una profusión de información que aunque abunda en terminología científica (síndrome, virus, inmunología, anticuerpos, etc.) ha generado en el hombre/la mujer de a pie *idéntica representación social* que la que seguramente tenían nuestros antepasados de la lepra o la peste. ¿Dónde está la racionalidad postindustrial? ¿Tan arraigados y ancestrales son los mecanismos de representación social que persisten hoy en su versión estigmatizante de la enfermedad epidémica como si nada hubiera progresado desde la Edad Media?

⁴ Goffman, E.: *Stigma*. Penguin Books. 1963.

Una de las razones —ya apuntadas— del estigma del SIDA es cómo se contrae: o por contacto sexual (hetero y, particularmente, homosexual) o por la inoculación de la droga. Todo lo cual hace que homosexuales, drogadictos y reclusos sean, con respecto a él, grupos de *alto riesgo*. El círculo se cierra así fatalmente: el SIDA es una enfermedad propia de un grupo de marginados que los hunde más y más en su marginación. Dos características más que ayudan a entender la reacción visceral de rechazo que padecen los afectados del SIDA son: la rapidez de su difusión y el haber sesgado implacablemente la vida de más de un mito social (caso del artista Rock Hudson y otros).

La marginación que se ceba en los que sufren esta dolencia es de sobra conocida y ha sido aireada ya en debates públicos. A la que es propia de toda enfermedad se suma el ser contagiosa e incurable. ¡Pobre de aquél en quien se detecten anticuerpos del SIDA! Niños que han recibido esta triste herencia han sido drásticamente expulsados de su escuela. Sabemos de hospitales cuyo staff se ha negado a colaborar en intervenciones de enfermos diagnosticados de SIDA. De persistir esta actitud irracional, no estamos muy lejos de recrear para ellos el lazareto o el recinto en cuarentena: espacios radicalmente segregados del resto de la sociedad donde ellos solos se las compongán, una antesala del infierno donde sean libres de proseguir *su vida* en espera de la muerte segura.

Ninguna enfermedad ha movilizad, sin embargo, tanta cantidad de recursos de investigación. Puntualicemos: de investigación fundamental, es decir, identificación definitiva del agente (ahora parece que hay más de uno...) y estrategia bioquímica de eliminación. Es lástima que no se movilicen otros tantos para atender a los que son ya víctimas del virus. No hay que rebuscar mucho las razones de este desequilibrio: el prestigio científico y la rentabilidad económica que se seguirán del descubrimiento de una vacuna o un fármaco capaz de atajar el SIDA justifican sobradamente la inversión. A esto se añade la profusión de comités y paneles de prevención, estudio, coordinación, etc., que están surgiendo por todo el mundo avanzado. Las medidas de *despistage* de muchos organismos, incluso estatales, tratan de imponer a sus miembros. Etcétera. Todo un esfuerzo colosal, a menudo bien intencionado, no siempre respetuoso con los derechos del hombre y, en definitiva, no demasiado eficiente. En medio de esta batallita, ¿quién se acuerda de los enfermos terminales afectados de SIDA? ¿Quién de los presos, homosexuales, drogadictos a los que es tan difícil tener acceso en razón misma de su marginación social que los excluye de la atención preventiva aliviadora?

Drogadictos

El estigma del drogadicto es más bien de índole social. La representación que nos hacemos de los efectos de la droga (representación alimentada por la novela, el cine, prensa y televisión) es la del que se auto-margina. Se supone que el drogadicto vive en un universo de *delirios* al que él mismo se procura acceso mediante la droga. Es un mundo vagamente asimilable al del alienado aunque, al principio, sólo se entra en él *de visita*. Luego las visitas se hacen obligadas... Las alteraciones nerviosas que provoca la adicción originan una sucesión de recaídas, un proceso en *bola de nieve*, que deriva irremediabilmente en delincuencia pura y simple. El que comenzó siendo un inofensivo automarginado se convertirá en un agresivo ladrón que necesita conseguir dinero como sea. ¿Es el drogadicto un enfermo o un delincuente? ¿O ambas cosas?

Poco importa la respuesta ante la otra cuestión que aquí nos acucia: el drogadicto es uno de los grandes marginados de la sanidad. No hay una terapia eficiente de una vez por todas que pueda aplicársele. Hay una enorme desconfianza en la durabilidad de su recuperación: las ocasiones de reincidir están ya a la puerta del centro de rehabilitación. La inversión económica en instituciones de esta índole alcanzaría cifras muy elevadas. (Se opta por

reforzar el sistema represivo-legal y de protección ciudadana). Todo ello confluye a que hoy en día la drogadicción se enfoque bajo el prisma de un enfrentamiento de todo el cuerpo social al grupo (marginal) de los adictos a la droga. Lo que no está muy claro es si en esta *batalla contra la droga* lo que se trata es de aniquilar o curar a aquellos contra quien se lucha... Todo parece indicar que la alternativa del *drogadicto como enfermo* no es la que tiene más peso. De hecho, su rehabilitación está mayoritariamente en manos de la iniciativa privada. Por otra parte, los métodos que ésta pone en marcha están lejos de suscitar consenso, como se ha podido comprobar en diversos debates.

En definitiva, cuando la institución médico-hospitalaria no sabe qué hacer para *curar* al drogadicto ni tiene medios para investigarlo ni centros piloto para hacer ensayos honestos y científicamente diseñados, no queda otra conclusión que acudir al Ministerio del Interior para que refuerce el aparato de control social y al Ministerio de Asuntos Exteriores para que acelere la creación de una policía supranacional que acabe con la mafia de la droga. El Ministerio de Sanidad quizá, mientras tanto, ponga un granito de arena en este trabajo de prevención y rehabilitación colosal, pero desbordado como está por otros asuntos políticamente más urgentes seguirá adoptando una postura ambigua frente a la drogadicción. El drogadicto persiste como marginado de la sanidad.

CONCLUSIÓN

Al llegar al final de este recorrido, el cronista se siente decepcionado. El panorama esbozado resulta parcial, borroso, repleto de lagunas. Apenas si hemos hecho mención de los minusválidos físicos (poliomielíticos, accidentados...), minusválidos sensoriales, de los que sufren taras hereditarias o enfermedades de nacimiento (parálisis cerebral, mongolismo, enfermedades metabólicas, nerviosas, etc.). Hemos, sobre todo, dejado de lado una clase de pacientes cada día más numerosa y enormemente vulnerable: niños a quienes se maltrata, de quienes se abusa sexualmente, a quienes el estrés familiar o las disensiones de los padres o incluso el abandono afectivo machaca implacablemente... No hemos mencionado a los pobres de los suburbios, a los parados con enfermedades secuelas de su situación de marginación social, a los que padecen dolencias psicósomáticas... Tampoco a los enfermos del campo lejos de los centros asistenciales y viviendo en condiciones higiénicas y laborales que son caldo de cultivo para la enfermedad. O bien obreros de la industria expuestos a emanaciones, partículas incontroladas de todo tipo que producen un desgaste continuo en sus organismos que degenerará en enfermedad crónica.

El tema es muy amplio, anunciábamos al principio, y comprometido. Aquí hay otro vacío. Esta crónica ha sido demasiado retórica. Denunciar no basta: hay que pasar a la acción. Pero ¿qué tipo de acción en un mundo tan complejo, con tantos centros de decisión en conflicto, dependientes de instancias de signo político diferente, con órdenes de prioridad entrecruzados y con presupuestos económicos raquíticos? Ante la inevitable tentación de desistir y de *dejarlo correr* hay que armarse de coraje y abrir diversos frentes de lucha. Por una parte, los que trabajan ya en este terreno tienen que pugnar por rehabilitar la imagen del enfermo marginado y, si hay ocasión, prestarle asistencia de la mejor calidad. En la arena política, luchar con las armas que allí tienen eficacia: campañas de opinión, debates, grupos de presión, cooperación con los poderes públicos. Nuestra sociedad ha apostado por el progreso, pero son los favorecidos quienes plenamente disfrutan de él. Esto es particularmente cierto con respecto a la asistencia sanitaria. Conseguir que este progreso alcance a esta cohorte de dolientes y, a la vez, marginados es una epopeya. La nuestra.

LH

5.2 JESÚS Y LOS ENFERMOS DESASISTIDOS Y NECESITADOS

José A. Pagola

Vicario General de la Diócesis de San Sebastián

ANTE LOS ENFERMOS MÁS NECESITADOS Y DESATENDIDOS. GRANDES LÍNEAS DE ACCIÓN

Hemos hecho un esfuerzo por conocer mejor la situación de los enfermos más necesitados y desasistidos y lo que realmente se está haciendo por ellos y con ellos en la sociedad y en la Iglesia. Tratamos ahora de diseñar algunas grandes líneas de acción.

Y pienso que el modo más adecuado de centrar y orientar nuestra reflexión es tratar de escuchar hoy con fidelidad aquellas palabras de Jesús a sus discípulos: «Cuando entréis en una ciudad, curad a los enfermos que haya en ella y decid: Ya os llega el Reino de Dios» (Lc 10, 8-9). Esta es nuestra tarea: «Entrar en la ciudad» actual, en la sociedad de nuestros días; «curar a los enfermos que hay en ella» y desde esa acción curadora y liberadora proclamar a los hombres y mujeres de hoy que les está llegando el Reino de Dios.

Mi ponencia va a tener dos partes: en la primera, estudiaremos la actuación de Jesús en ese sub-mundo de los enfermos más necesitados y desasistidos. Para los seguidores de Cristo, su actuación es el modelo inspirador y el criterio decisivo para concretar, corregir y enriquecer nuestra actuación y el espíritu que ha de animarla.

Sólo a la luz de esa actuación podremos ya, en la segunda parte, apuntar y sugerir algunas líneas de acción en nuestras Iglesias diocesanas.

La actuación de Jesús

JESÚS SE ACERCA AL SUB-MUNDO ENFERMO

● Uno de los datos que, con mayor garantía histórica, podemos afirmar de Jesús es su cercanía y su atención preferente a los enfermos: los leprosos, los tarados, los desvalidos, los locos, los hombres y mujeres incapaces de abrirse camino en la vida. Cuando entra en una ciudad o en una aldea, su mundo preferido es ese sub-mundo de enfermos a los que se les niega la dignidad y los derechos mínimos sin los cuales la vida no puede ser considerada humana.

En la sociedad judía la enfermedad no es sólo un problema biológico. El enfermo es un hombre al que le está abandonando el *ruah*, ese aliento vital con que el mismo Dios sostiene a cada persona. Por eso, el enfermo es un ser amenazado en su misma raíz, camino de la muerte, alguien que va cayendo en el olvido de Dios.

El enfermo hebreo vive su enfermedad como una experiencia

de impotencia y desamparo y, lo que es más terrible, de abandono y rechazo de Dios. De alguna manera, toda enfermedad es vergonzosa, pues es considerada signo y consecuencia de pecado. Toda enfermedad es castigo o maldición de Dios y el enfermo un hombre «herido por Yahveh».

Más adelante ahondaremos en la marginación social, la condena moral y la discriminación religiosa que sufre este enfermo. Abandonados por Dios y abandonados por los hombres, estos enfermos constituyen el sector más desamparado y despreciado en la sociedad judía.

No son enfermos que pueden contar con asistencia médica. Incapacitados para ganarse el sustento, arrastran su vida en una mendicidad que roza la miseria y el hambre. Jesús los encuentra tirados por los caminos, en las afueras de los pueblos, en Jerusalén que se había convertido en «un centro de mendicidad» (J. Jeremías).

La inmensa mayoría son incurables. Bastantes, enfermos mentales, incapaces de ser dueños de sí mismos, a los que no sólo ha abandonado el espíritu de Dios sino que están poseídos y dominados por espíritus malignos. Otros, contagiosos, excluidos de la convivencia y obligados a alejarse de las poblaciones por su peligrosidad social. Hombres y mujeres sin hogar y sin futuro.

Marcos nos ayuda a intuir la situación extrema de estos hombres cuando nos describe con trazos sobrecogedores a aquel poseído de Gerasa (Mc 5, 1-20) que «corría por los montes» en un estado de soledad total, que «vivía en los sepulcros» excluido del mundo de los vivos, «atado con grillos y cadenas» por una sociedad que sólo piensa en defenderse de él, «lanzando alaridos» en su incapacidad de comunicarse con los demás, «hiriéndose con piedras», víctima de su propia violencia.

A estos hombres se acerca Jesús, los acoge, los toca y los cura: los que no tienen sitio en el mundo; los que día a día se topan con las barreras que los separan y excluyen de la convivencia; los humillados, los condenados a la inseguridad, el miedo, la soledad y el vacío. Los enfermos que viven en una situación límite, los que experimentan su mal como algo irremediable.

Los autores destacan este comportamiento de Jesús con expresiones diversas: C. H. Dodd habló del «inédito interés (de Jesús) por lo perdido»; E. Bloch señala «la tendencia hacia abajo» de Jesús; A. Holl nos dice que Jesús se movía «en malas compañías»; L. Boff destaca que Jesús se dirige preferentemente a «los no-hombres»; M. Fraijo habla de la «predilección de Jesús por lo débil, por el que no es capaz de valerse por sí mismo». Es el primer dato que hemos de retener y que nos obligará luego a sacar consecuencias.

● Pero adentrémonos más en esta actuación de Jesús. No le mueve *ningún interés económico* o lucrativo. Su entrega es totalmente gratuita como ha de serlo la de sus seguidores: «Id proclamando que el Reino de Dios está cerca. Curad enfermos, resucitad muertos, purificad leprosos, expulsad demonios. Gratis lo recibisteis, dadlo gratis» (Mt 10, 7-8).

No actúa tampoco movido por un *deber profesional*. Jesús no es médico ni curandero de oficio. Tampoco se trata de un *servicio religioso* como el del sacerdote judío obligado a realizar a

los enfermos las purificaciones prescritas o como las técnicas curativas realizadas en los santuarios y que se nos narran en los relatos helénicos de milagros.

No mueve tampoco a Jesús un *interés proselitista*: buscar la integración de un nuevo miembro en el grupo de seguidores. Aunque esto sucede en diversas ocasiones (Lc 8, 1-3; Jn 5, 2-18; 9, 1-41; Mc 10, 52; Mt 20, 32-34; Lc 18, 43), Jesús es capaz de decir al curado en Gerasa que le pide seguir con él: «Vete a tu casa, donde los tuyos, y cuéntales lo que el Señor ha hecho contigo» (Mc 5, 19).

● Jesús actúa movido por su *amor* entrañable a estos seres desvalidos y por su *pasión liberadora* por arrancarlos del poder desintegrador del mal. Es la misericordia la que lo impulsa (Mc 1, 41). Su actitud servicial está bien reflejada en las palabras que dirige al ciego. «¿Qué quieres que te haga?» (Mc 10, 51). Jesús se acerca para hacer el bien. Y es éste precisamente el recuerdo que quedará de él: «pasó haciendo el bien y curando a todos los oprimidos por el diablo» (Act. 10, 38).

Jesús hace palpable así la cercanía misericordiosa de Dios. Sus gestos encarnan, historifican y hacen realidad el amor del Padre hacia estos seres pequeños y desvalidos. Estos hombres vencidos por el mal «le han reconocido como la mano amorosa del Padre, extendida hacia ellos» (M. Legido).

Con su actuación curativa y liberadora, Jesús es signo de que Dios no los abandona. Es cierto lo que proclama: «Si yo arrojo los demonios por el Espíritu de Dios, es que ha llegado a vosotros el Reinado de Dios» (Mt 12, 28). Dios está cerca. No están perdidos. Su situación no representa lo definitivo de la existencia. Sus vidas quedan abiertas a la esperanza.

Éste es el dato que hemos de recoger. Jesús se hace presente allí donde la vida aparece más amenazada e, incluso, malograda y aniquilada. Y es solamente a partir de su acción liberadora y recreadora en medio de este mundo enfermo desde donde anuncia el Reinado de Dios. El servicio liberador a ese hombre enfermo, humillado, excluido y destinado al fracaso es el lugar desde el que se puede anunciar a la sociedad entera la gracia salvadora de ese Dios amigo del hombre y amigo de la vida.

JESÚS LIBERA Y RECONSTRUYE AL HOMBRE ENFERMO

● Jesús se acerca a este mundo enfermo porque escucha el anhelo de vida y liberación que se escapa de estos hombres y mujeres. Sólo busca liberarlos del mal que los oprime, los margina y destruye. Reintegrarlos a la vida desde las raíces más profundas. Recrearlos enteramente. Liberar esa vida encadenada por el mal. Es significativo el lenguaje de *liberación* que emplea Lucas hablando de aquella enferma a la que «Satanás tenía atada hace dieciocho años». Jesús le dice: «Mujer, quedas libre de tu enfermedad» (Lc 13, 12).

Por eso hemos de entender bien su acción curadora:

Jesús no ofrece a los enfermos una *explicación doctrinal* sobre el sentido del mal o del dolor. Los enfermos no son para él motivo u ocasión de disquisiciones teóricas sino imperativo práctico que le urge a actuar.

Tampoco se trata de una *asistencia religiosa ritual* como la que desempeñaban los sacerdotes de Israel cuando constataban la pureza o impureza del enfermo y cumplían los ritos prescritos para rehabilitarlo e integrarlo de nuevo en la comunidad cultural.

No podemos hablar tampoco de un *servicio médico* de carácter técnico. Aunque Jesús utiliza a veces técnicas populares empleadas entre aquellas gentes sencillas, su actuación no es la de un médico o curandero que busca resolver el problema biológico causado por la enfermedad. Jesús se esfuerza por recuperar y reconstruir íntegramente la vida de estos desvalidos hundidos en el mal irremediable, la condena moral, la soledad y la margina-

ción. Jesús no es un simple curador de enfermedades sino un rehabilitador de hombres y mujeres destruidos.

Tampoco lo que realiza Jesús es una *asistencia benéfica* que aporta al enfermo un cierto grado de bienestar para dejar las cosas más o menos donde estaban. Sus gestos salvíficos recrean al hombre entero desde su raíz, lo devuelven a lo mejor de sí mismo, gritan la llegada de una salvación diferente, interpelan a toda la sociedad y urgen a todos al cambio y la conversión.

● Vamos a ahondar positivamente en la actuación de Jesús. Antes que nada, vemos que se acerca y busca el encuentro con el hombre entero. Desde el exterior se acerca también al interior del enfermo. Ataca el mal en su raíz. Busca la curación integral. Los evangelistas emplean un término técnico que significa simultáneamente *curar* y *salvar* (Lc $\zeta\theta\chi\epsilon\iota\nu$). Jesús no sólo aporta salud biológica sino salvación integral. Tienen razón los Padres cuando llaman a Cristo «médico integral» (S. Clemente de Alejandría) o «médico de almas y cuerpos» (S. Cirilo de Jerusalén).

Jesús libera a estos hombres de la *soledad* y el *aislamiento*. Los acoge, los escucha y los comprende en su soledad y desvalidamiento. Y, sobre todo, les contagia su propia fe. Es el mejor regalo que les hace. Les ayuda a descubrir que no están solos, abandonados por Dios. Les ayuda a creer de nuevo en la vida, la salud, el perdón, la reconciliación. «¿Tú ya crees?». Esa insistente pregunta de Jesús a los enfermos va abriendo a estos hombres al Reino de Dios que llega hasta ellos como una fuerza de salvación (Lc 11, 20).

Jesús libera a los enfermos de la *desconfianza* y *desesperación*. Cuando trata de despertar su fe, no les está pidiendo la recitación de un credo religioso ni la confesión de Jesús como Mesías e Hijo de Dios. Sólo les pide que crean en la bondad salvadora de Dios que parece retirarles el aliento. Que recuperen su confianza en Dios, salvador de los pobres y perdidos. Al despedirlos, Jesús les recuerda: «Tú fe te ha salvado» para que no olviden que en el hombre que cree en Dios, hay siempre algo que le puede salvar, reconstruir y liberar (Mc 10, 52; Mt 9, 22).

Jesús ayuda a estos enfermos a *liberarse del pecado* y reconciliarse con Dios. De muchas maneras el pecado personal y colectivo está en el fondo de la desintegración y hundimiento de estos hombres. Jesús les ofrece el perdón. Así le dice con honda ternura al paralítico: «Hijo, tus pecados te son perdonados» (Mc 2, 5). Ayuda a estos hombres a descubrir el rostro de un Dios que es amor, perdón y acogida de pecadores. Les devuelve la paz y la salvación de Dios. Así despide a la mujer curada de flujo de sangre: «Hija, tu fe te ha salvado, vete en paz y queda sana de tu enfermedad» (Lc 5, 34).

Jesús libera a estos enfermos de su *resignación*, su pasividad e inhibición. Es sorprendente la pregunta al paralítico de la piscina de Betesda: «¿Quieres curarte?» (Jn 5, 6). El evangelista nos dice que no tenía a nadie que lo metiera en la piscina. Pero Jesús se dirige a él y trata de despertar su voluntad de curarse. No basta que pida ser curado por otros. Es necesario que él mismo quiera la curación. Jesús le invita a adoptar una actitud positiva, constructiva, creadora de vida y salud. Es sorprendente que Jesús, en muchas ocasiones, no se atribuya a sí mismo las curaciones, sino que diga al enfermo: «Tú fe te ha curado». Es el mismo enfermo quien aporta algo decisivo a su recuperación y liberación integral.

● Jesús aporta a estos enfermos salud. Pero su acción salvadora viene de más lejos que la asistencia médica, se lleva a cabo a un nivel más profundo que las técnicas y terapias sanitarias y va más adelante que la atención benéfica.

Jesús libera a estos enfermos *de* todo lo que los deshumaniza (opresión, dolor, injusticia, locura, división, pecado, soledad interior...) y los libera *para* la vida, la salud, la comunicación, la libertad y la plenitud de Dios.

Esta acción liberadora en este sub-mundo enfermo constituye el núcleo esencial del Reino de Dios que Jesús va haciendo pre-

sente en medio de aquella sociedad. Su actuación apunta ya a la salvación total del hombre. Con sus gestos liberadores Jesús va revelando que este mundo enfermo tal como se encuentra contradice los designios de Dios, va anunciando el sentido último y absoluto de la existencia humana y va proclamando la salvación total y plena para el hombre.

JESÚS INCORPORA AL ENFERMO A LA CONVIVENCIA

● La sociedad en la que vive Jesús está profundamente estratificada. No se trata sólo de la injusta desigualdad económica que existe entre las clases sociales ni de las diferencias políticas o religiosas de los diversos grupos. Una profunda discriminación atraviesa la sociedad judía. En ella encontramos prójimos y no prójimos; puros e impuros; judíos y paganos; varones y mujeres; observantes de la ley y pueblo ignorante y poco piadoso; justos y hombres de profesión deshonrosa...

En esta sociedad, los enfermos a los que se acerca Jesús representan, sin duda alguna, el estrato más marginado y discriminado.

Naturalmente es la misma enfermedad la que, frecuentemente, margina a estos enfermos y los excluye de una convivencia normal. Son ciegos que no se pueden valer, sordomudos incapaces de una comunicación adecuada, locos que no son dueños de sí mismos.

Esta situación se agrava trágicamente, ya que estos hombres no pueden ganarse la vida. En situación de paro forzoso, condenados a vivir de la mendicidad en una sociedad tercermundista, su supervivencia depende totalmente de los demás. Los enfermos que cura Jesús son seres hundidos en la miseria y la inseguridad, bajo la amenaza constante del hambre, gentes que no pueden recurrir a los médicos, hombres, a veces, profundamente solos, que no tienen a nadie que se ocupe de ellos, como ese paralítico de la piscina de Betesda (Jn 5, 7).

Estos hombres y mujeres enfermos quedan excluidos de la comunidad cultural. No hay sitio para ellos en aquel templo discriminatorio, reflejo fiel de la sociedad, donde están primeramente los sacerdotes, luego los varones israelitas, más lejos las mujeres y, por fin, los paganos e impuros. Algunos podrán acceder a este último atrio. La mayoría quedará fuera, como el desecho de la sociedad judía, los que no pagan diezmos, los impuros, los que no pueden tomar parte en la vida cultural del pueblo ni asociarse a los cánticos y salmos de los fieles.

Pero no es sólo en el templo. Estos enfermos son marginados en la vida social de cada día. Impuros, no conocen la Torá ni la observan. Es necesario evitar todo contacto con ellos, pues su pecado puede contaminar. La literatura rabinica insiste repetidamente: «No es lícito acercarse al enfermo, porque es maldito»; «No hables ni trates con el enfermo, pues es un maldito de Dios»; «Si un rabino se atreve a hablar con un enfermo sea apedreado». Por su parte, las comunidades fariseas prohibirán a sus miembros invitarlos a su mesa o aceptar su trato. La regla de la comunidad de Qumrán es tajante: en la fraternidad no pueden ser acogidos «los necios, insensatos, locos, idiotas, ciegos, inválidos, cojos y sordos».

La tragedia de estos enfermos es que su enfermedad los hunde en la marginación y la marginación social, por su parte, agrava su mal y su desintegración personal y la hace todavía más irremediable. Como dice M. Legido, «la pregunta última sería: los ciegos, los cojos, los paralíticos y los leprosos, que están en los cruces de los caminos, ¿están allí porque han caído enfermos o están enfermos porque se les ha marginado allí?»

● ¿Cuál es la postura de Jesús? En primer lugar, se enfrenta firmemente a la marginación y discriminación que promueven los diferentes grupos sociales.

En clara oposición a las fraternidades fariseas que declaran malditos a estos enfermos y los excluyen de su convivencia, Jesús los declara felices porque, aunque lloran y pasan hambre, serán consolados por Dios; él mismo sale a su encuentro; come con ellos; invita a las gentes a visitarlos (Mt 25, 36.44) y pide a sus seguidores: «Cuando tú des un banquete, llama a los pobres, a los lisiados, a los cojos, a los ciegos» (Lc 14, 13).

En actitud de profunda crítica a la teología elitista de la comunidad de Qumrán, Jesús proclama con sus gestos y parábolas algo inaudito y sorprendente. En el banquete del Reino, Dios compartirá su mesa precisamente con «los pobres y lisiados y ciegos y cojos» que él mismo encuentra en los caminos y cerca de los pueblos y que son excluidos de la *comunidad santa* del desierto (Lc 14, 21-23).

A diferencia de los círculos juristas de escribas y rabinos de la ley que prohíben el contacto con los enfermos, Jesús permite que se acerquen, se detiene ante ellos e, incluso, él mismo los llama (Mc 13, 11-12). Más aún. Jesús busca el contacto humano, se aproxima, se hace prójimo y los toca rompiendo normas y tabúes. Es significativa la insistencia de los evangelistas en que Jesús *toca* al enfermo (Mc 1, 41; 5, 41; 5, 27; Mt 8, 3; 9, 25; 9, 29; 20, 34; Lc 5, 13; 8, 54). Marcos nos recuerda que Jesús busca el contacto con el leproso, «extiende su mano y lo toca» (Mc 1, 41) rompiendo las normas del trato a los impuros.

Por otra parte, los relatos insisten en señalar el esfuerzo de Jesús por integrar de nuevo a los enfermos en la convivencia social. Han de reiniciar de nuevo su vida. De nuevo pueden oír, caminar, valerse por sí mismos, reintegrarse en la comunidad. «Levántate, toma tu camilla y vete a tu casa» (Mc 2, 4; Jn 5, 8). «Id y presentaos a los sacerdotes» (Lc 17, 14).

Tal vez, el relato más significativo sea el de Gerasa. Jesús arranca a aquel poseso de la soledad de las montañas y de los sepulcros donde arrastra su existencia; lo libera de los grillos y cadenas con que ha sido encadenado; lo saca del aislamiento y la incomunicación; y lo devuelve de nuevo a la vida: «Vete a tu casa, donde los tuyos, y cuéntales lo que el Señor ha hecho contigo y cómo ha tenido compasión de ti... Él se fue y empezó a proclamar por la Decápolis todo lo que Jesús había hecho con él» (Mc 5, 19-20).

● Éste es un dato que no podemos olvidar. Jesús en su acción curadora busca la comunión de los excluidos y la ruptura de barreras injustas y discriminatorias. Los despojados, los marginados son devueltos por Jesús a la fraternidad y la convivencia. Ellos mismos, incorporados a sus hogares y reintegrados a los suyos, se convierten en *signo viviente* de la llegada de ese Reinado de Dios que es reinado de fraternidad y comunión.

Donde Dios reina como Padre, ya no pueden reinar unos hombres sobre otros, unas clases sobre otras. No puede haber puros que desprecian a impuros, sanos que excluyen a enfermos, limpios que evitan a leprosos, cuerdos que encadenan a locos en la soledad de las montañas. Donde se va abriendo camino el Reinado de Dios, se va construyendo comunicación, solidaridad, comunión, fraternidad.

JESÚS DEFIENDE AL ENFERMO FRENTE A LA SOCIEDAD

● La actuación de Jesús en el mundo de los enfermos no se reduce a una actuación curadora con cada uno de ellos. Jesús hace suya la causa de «todos aquellos que viven en el mundo sin que el mundo sea para ellos hogar» (M. Fraijo), y los defiende frente a la sociedad. Por ello, su actuación alcanza y afecta a las estructuras socio-políticas y religiosas de la época.

Jesús, antes que nada, critica de raíz aquella cultura religiosa donde se apoya la marginación de los enfermos como seres abandonados por Dios y, por tanto, a excluir y discriminar como sos-

pechosos de pecado e impureza. Para Jesús, la riqueza, la prosperidad y la salud no son signo de la bendición de Dios, ni la pobreza o la enfermedad, signo de maldición. Jesús rompe para siempre la conexión mecánica que los hombres tendemos a establecer entre ciertas enfermedades y el pecado. «Ni éste pecó ni sus padres; es para que se manifesten en él las obras de Dios» (Jn 9, 3). Este mundo oscuro de la enfermedad, la desintegración y el dolor humano no es signo de castigo y maldición, sino campo adecuado para que se vaya manifestando el Reinado de Dios.

● Jesús defiende, además, a los enfermos y defiende sus derechos, enfrentándose al entramado de leyes y prescripciones que obstaculizaban su debida atención. Los conflictos se repiten cuando, buscando sólo el bien de estos hombres, Jesús se atreve a violar la ley del sábado. Es significativa la escena de Cafarnaúm. Jesús coloca al enfermo en medio de la sinagoga e interpela así a todos los presentes: «¿Es lícito en sábado hacer el bien en vez del mal, para salvar una vida en vez de destruirla?». Al callarse todos, Jesús les mira con ira, apenado por la dureza de su corazón y cura al enfermo (Mc 3, 1-6). Jesús rompe el cerco legal con que los hombres tienden a encerrar la bondad de Dios, impidiendo el acercamiento liberador a los más necesitados.

● Con su actuación Jesús pone la justicia de Dios donde los hombres quieren poner la suya. No acepta sin más la justicia y la verdad que los hombres han decidido, olvidando muchas veces los derechos de los más indefensos. «Si vuestra justicia no es mayor que la de los escribas y fariseos, Dios no reinará en vosotros» (Mt 5, 20). Jesús introduce la justicia de Dios que es gracia y salvación para los perdidos; justicia de Dios que rompe nuestros esquemas y pone en primer lugar a los que nosotros consideramos los últimos. Jesús introduce la verdad de Dios que no coincide con una determinada visión cultural o una determinada política sanitaria. Verdad de Dios que no coincide con los intereses de un grupo o de otro sino que lo cuestiona todo y lo subordina todo al bien real del enfermo. Las leyes han de ser instituidas al servicio del hombre y no al revés (Mc 2, 28).

De esta manera, Jesús desenmascara y provoca a todos. Cada grupo social busca su propio interés y se cierra al amor. Las cadenas y los muros de separación están ahí, enmascarados en un orden estructural hipócrita. La sociedad judía defiende interesadamente una estructura que le permite seguir ignorando a los más molestos, desgraciados e indefensos. Jesús, con su actuación, desestabiliza, crea inquietud, desenmascara, provoca el cambio y llama a la conversión. «Ya llega el Reinado de Dios. Enmendaos y creed la Buena Noticia» (Mc 1, 15).

Grandes líneas de acción

Hemos visto la actuación de Jesús. En el interior de nuestra sociedad podemos encontrar también hoy un submundo de enfermos, más o menos desasistidos. Son un reto para nuestras Iglesias.

El Concilio Vaticano II decía así en su Mensaje a los enfermos: La Iglesia «siente vuestros ojos fijos sobre ella, brillantes por la fiebre o abatidos por la fatiga; miradas interrogantes que buscan en vano el porqué del sufrimiento humano y que se preguntan ansiosamente cuándo y de dónde vendrá el consuelo» (Mensaje del 8 de diciembre de 1965).

Lo que más cuestiona hoy la verdad de nuestra acción evangelizadora aquí, en el Primer Mundo, no es la falta de asistencia a la liturgia dominical, el enfrentamiento de posiciones doctrinales diversas o la dificultad en asumir el proceso de la modernidad, sino, sobre todo, nuestra apatía e indiferencia ante ese mundo de los pobres, los marginados, los enfermos y excluidos.

PROMOVER LA DIMENSIÓN EVANGELIZADORA DE LA PASTORAL SANITARIA

Nuestra primera tarea ha de ser no reducir la Pastoral Sanitaria a servicio sacramental o acción caritativo-asistencial, sino introducir en ella un aliento más evangelizador de manera que el servicio sacramental y la ayuda caritativa ocupen su verdadero lugar, pero donde el objetivo sea siempre el servicio liberador al hombre enfermo.

Superar la actitud sacramentalista

● Es normal que en una situación de cristiandad se tienda a privilegiar como objetivo prioritario de la Pastoral Sanitaria el que todo enfermo pueda contar con la debida asistencia sacramental.

En esta actitud sacramentalista late, sin duda, una preocupación por la salvación última del hombre que, de ninguna manera, hemos de ignorar o minusvalorar, pero, al mismo tiempo, se encierran en ella graves riesgos.

Con frecuencia se olvida el resto de la problemática que rodea a los enfermos, sobre todo, más desasistidos y abandonados: abusos, injusticias, situaciones deshumanizantes, etc.

Por otra parte, al considerar la enfermedad desde la perspectiva casi única de la proximidad de la muerte, la atención se centra preferentemente en los enfermos graves y moribundos, desatendiendo u olvidando fácilmente al enfermo crónico, el minusválido, el demente, el que no corre riesgo de muerte inmediata.

Por último, desde esta actitud se atiende casi exclusivamente a los creyentes, a los que piden o aceptan una asistencia religiosa. Y con frecuencia, a los enfermos más conocidos, los que son miembros activos o practicantes de la comunidad parroquial.

De esta manera se empobrece el contenido y el significado evangelizador de la Pastoral Sanitaria. Por una parte, se reduce el horizonte ignorando aquel sector abandonado y marginado al que Jesús dirigió preferentemente su atención. Por otra, se distancia de esa acción liberadora de Jesús que lucha entre esos enfermos por la salud integral, el crecimiento humano y la reintegración social.

Superar la actitud exclusivamente caritativo-asistencial

La actitud caritativo-asistencial encierra el máximo valor evangélico que es el servicio y amor caritativo al necesitado. No es pues extraño que haya sido a lo largo de los siglos el objetivo de congregaciones religiosas, instituciones y asociaciones benéficas que han suplido, con frecuencia, unos servicios sanitarios inexistentes en la sociedad.

El riesgo siempre latente es reducir la acción a una atención asistencial, sin promover el crecimiento integral del enfermo, sin ahondar en las causas de las situaciones injustas y deshumanizantes, sin promover una real transformación de las estructuras socio-políticas o religiosas que generan abandono y marginación.

En una palabra, atender asistencialmente a los individuos, pero sin actuar de manera liberadora y transformadora en el mundo de los enfermos y con cada uno de ellos, alejándonos así del espíritu que animó a Jesús.

Promover la actitud evangelizadora

Nuestra tarea ha de ser enriquecer y ampliar nuestra Pastoral Sanitaria configurada a veces desde una actitud excesivamente sacramentalista o asistencial, introduciendo en ella un espíritu, un estilo y un contenido más evangelizador. Se trata de impulsar una Pastoral Sanitaria capaz de hacer presente en el mundo actual de

los enfermos y en su compleja problemática, la fuerza humanizadora y salvadora que se encierra en Jesucristo.

Y la única manera de hacerlo es seguir los pasos de Jesús. Aprender a actualizar en nuestra sociedad los medios que él empleó: solidaridad con los que sufren más; cercanía a los más solos y abandonados; defensa firme de los más indefensos; atención a la salud integral del enfermo; acogida cálida a cada persona; promoción de todo lo que crea comunión con los desvalidos; reacción contra injusticias, abusos y manipulaciones; ofrecimiento del sentido último de la vida y de la muerte; ofrecimiento del perdón de Dios ...

Lo importante no es seguir desarrollando cada vez más nuestras actividades, sino revisar el contenido evangelizador de lo que estamos haciendo. Lo importante no es «hacer algo», cualquier cosa, sino hacer aquello que pueda ser vivido y sentido por los enfermos como Buena Noticia de Jesucristo. Lo que necesitamos no es una Pastoral Sanitaria más activa sino una Pastoral Sanitaria capaz de anunciar con su actividad el Reinado de Dios, un mundo nuevo de fraternidad, comunión y justicia para los pobres.

IMPULSAR, DENTRO DE LA PASTORAL SANITARIA, LA ACCIÓN EVANGELIZADORA EN EL MUNDO ENFERMO MÁS NECESITADO Y DESASISTIDO

No nos está permitido seguir promoviendo en nuestras parroquias y centros hospitalarios una Pastoral Sanitaria que olvide precisamente el mundo de los enfermos más olvidados y marginados a los que Jesús dedicó atención preferente. Por ello, tal vez, una de las tareas más importantes en nuestras Iglesias sea el esfuerzo claro y decidido por hacerles un sitio en nuestra Pastoral Sanitaria.

Del enfermo «normal» al enfermo marginado

Sería una equivocación identificar sin más la Pastoral Sanitaria con la Pastoral hospitalaria o con los servicios de visitas a los enfermos de nuestras parroquias. Sin minusvalorar lo más mínimo el difícil e importante trabajo evangelizador que se realiza en los centros sanitarios ni los servicios parroquiales a nuestros enfermos, hemos de preocuparnos de llegar hasta los enfermos a los que nadie llega y atender a los que, tal vez, nadie atiende.

La Iglesia ha de escuchar la llamada de su Señor a hacerse presente no sólo en el mundo, así, de manera imprecisa y general, sino precisamente en un mundo determinado, el mundo de los más débiles y perdidos. Por eso, precisamente, la Pastoral Sanitaria puede tener hoy la misión de ayudar a esta Iglesia a hacerse presente no sólo en el mundo normal de los enfermos, sino en el submundo de los enfermos más olvidados y excluidos.

De ahí la necesidad de revisar nuestra Pastoral Sanitaria para preguntarnos qué lugar real ocupan en nuestros proyectos pastorales, nuestra organización y nuestras actividades.

La colaboración y coordinación con otros servicios de la Pastoral de Caridad

El mundo de los enfermos más necesitados y desasistidos es amplio y está constituido por hombres y mujeres a los que la naturaleza misma de su enfermedad o factores de diverso orden excluyen de la atención sanitaria que un enfermo normal recibe hoy en la sociedad.

A veces es la misma enfermedad la que dificulta esta atención: enfermedades que perturban profundamente la personalidad psíquica del enfermo, que impiden su adecuada expresión o comunicación, que dificultan la convivencia social, enfermedades desagradas o contagiosas, enfermedades crónicas con mala calidad de vida ...

Con mucha frecuencia las raíces hay que buscarlas en la pobreza y miseria económica del enfermo, el entorno familiar profundamente deteriorado, el paro, su pertenencia a un mundo rural inculto y empobrecido o a un medio suburbano deshumanizado, la soledad y el aislamiento de la ancianidad, el mundo del alcoholismo y la drogadicción, la prostitución o la homosexualidad ...

A veces el mismo abandono y desasistencia al enfermo ha provocado o acentuado en él comportamientos anti-sociales, agresividad, intolerancia, huida, fatalismo, postración ... Y luego está el enfermo desconocido, el vagabundo, el desarraigado, el que no tiene hogar ...

La Pastoral Sanitaria tiene que ir ensanchando su horizonte y extendiendo su acción hacia este mundo. Tal vez, uno de los primeros pasos a dar sea el estimular una comunicación mayor, un intercambio, una colaboración y coordinación con otros servicios que están ya en marcha y nos pueden acercar a este mundo: diversas actividades de Cáritas en el campo de la pobreza y el paro, Proyecto de terapia y rehabilitación de drogadictos, asistencia domiciliaria a Tercera Edad, Pastoral Carcelaria, Alcohólicos Anónimos, etc.

Sensibilización y reorientación de los colaboradores de Pastoral Sanitaria

Con frecuencia, en nuestras diócesis, la Pastoral Sanitaria se ha ido consolidando y los diferentes colaboradores (capellanes, religiosos, personal sanitario, visitadores parroquiales, etc.) han sido convocados y orientados hacia el campo de los enfermos, sin que haya estado presente en el horizonte de preocupaciones este mundo más abandonado y desasistido.

A veces, el talante personal y el estilo pastoral de los agentes de Pastoral Sanitaria de nuestras parroquias no es el más indicado para impulsar una presencia en este mundo de los enfermos más marginados.

Todo ello nos obliga a preguntarnos si no hemos de promover la sensibilización y mentalización de los actuales colaboradores e impulsar, incluso, la incorporación de nuevas personas que encuentren su verdadera vocación evangelizadora en la dedicación a los enfermos más olvidados y desasistidos.

SENSIBILIZAR Y ACERCAR LAS COMUNIDADES CRISTIANAS AL MUNDO DE LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS

La solicitud por el mundo de los enfermos más pobres y desasistidos no debe ser asunto privado de un grupo de cristianos que se dedican a la Pastoral Sanitaria, sino preocupación de toda la comunidad cristiana. En realidad, la Pastoral Sanitaria no es sino el cauce pastoral en el que se concreta y materializa de alguna manera la respuesta de toda la comunidad creyente como tal.

Por eso, una de las tareas de la Pastoral Sanitaria ha de ser el promover el compromiso real y efectivo de la comunidad ante este problema.

La sensibilización de la comunidad cristiana

Por lo general, dentro de nuestras comunidades cristianas se comparten las mismas opiniones, actitudes y reacciones que predominan en la sociedad ante el mundo de los enfermos desasistidos.

Entre los cristianos se respira con frecuencia la misma apatía o indiferencia que crece en la sociedad actual ante el sufrimiento ajeno. El hombre de hoy tiende cada vez más a aislarse y cortar toda clase de relaciones vivas con el mundo de los que sufren.

El mal ajeno tan molesto y desagradable se percibe de manera indirecta, envuelto en cifras y estadísticas o a través de unas

imágenes de televisión que son rápidamente borradas por el siguiente programa. De esta manera y paradójicamente, sabemos más que nunca de los sufrimientos y desgracias que hay en el mundo, pero, al mismo tiempo y tal vez por eso mismo, crece la insensibilidad, la sensación de impotencia o la irritación estéril.

¿No ha de ser hoy la comunidad cristiana conciencia crítica de los egoísmos y apatía del hombre contemporáneo? ¿No ha de ser un lugar donde se recuerde el sufrimiento de los últimos y desheredados, sin que quedemos insensibilizados por el exceso de información o irritados por la sensación de impotencia?

En esta línea, la Pastoral Sanitaria no puede, a mi entender, descuidar hoy la tarea de poner en marcha la sensibilización de la comunidad cristiana y, a través de ella, colaborar en la sensibilización de la sociedad entera ante el sufrimiento y abandono de los enfermos más desasistidos.

Se trata, en concreto, de ayudar al hombre de hoy a dejarse interpelar por ese sufrimiento, desenmascarar nuestras actitudes secretamente segregacionistas y marginantes, provocar la compasión en esta sociedad inmisericorde que sólo sabe de competición y lucha por el propio bienestar.

Hemos de preguntarnos si nuestra Pastoral Sanitaria sabe llevar esta sensibilidad a la liturgia parroquial, la predicación de los sacerdotes, la catequesis de la comunidad cristiana, a las diversas asociaciones...

Acercar la comunidad cristiana al mundo enfermo abandonado

Este mundo desvalido de los enfermos más desasistidos no ha de quedar en una verdad teórica sino que ha de convertirse en imperativo práctico. No nos está permitido seguir construyendo la comunidad cristiana ignorando la *historia passionis* de estos hombres y mujeres. Hemos de dejar de *dar rodeos*, al estilo del sacerdote y el levita de la parábola, y acercarnos como el samaritano al hombre herido y abandonado por todos.

En esta sociedad, a veces tan apática y anónima, hemos de impulsar el contacto directo con los problemas, el acercamiento físico a las personas y a los lugares donde el sufrimiento es más agudo y deshumanizador. Puede ser un objetivo importante: aproximarnos, hacernos prójimos.

Este contacto puede desencadenar en nuestras comunidades cristianas una verdadera *metanoia*, una conversión. No es lo mismo leer estadísticas sobre el SIDA que conocer de cerca la angustia de un afectado. No es igual vivir la tragedia de un minusválido encerrado en un hogar miserable que hablar de las minusvalías. Es diferente asomarse a la soledad de un anciano enfermo abandonado por sus familiares a comentar ligeramente los problemas de la tercera edad.

Es importante que la comunidad cristiana abra cauces para que los creyentes se acerquen a estos enfermos. Saber detectarlos en nuestros pueblos y ciudades. Ayudar a los profesionales cristianos, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc., a entregar parte de su tiempo libre y su dedicación a este mundo más abandonado. Estimular iniciativas para que nuestros creyentes puedan sencillamente estar junto a ellos, escucharlos, hacerse presentes en su experiencia de abandono e impotencia (donantes de tiempo libre, personas dispuestas a acompañar, etc.).

En esta línea no hemos de olvidar el acercamiento a las familias que se ven impotentes para sobrellevar la carga de un miembro enfermo. Familias que necesitan apoyo, orientación y solidaridad para vivir dignamente su desgracia.

Hemos de impulsar también el apoyo, la presencia y la colaboración en iniciativas, actividades, organismos o instituciones que están ya promoviendo una acción humanizadora en medio de estos enfermos más abandonados. Todo ello requiere conocer mejor los organismos y servicios existentes, entrar en contacto con ellos, estar atentos a nuevas iniciativas, etc.

En una palabra, dentro de la comunidad cristiana hemos de

concebir la Pastoral Sanitaria como un foco de sensibilización y un estímulo que de diversas maneras va empujando a los cristianos a aproximarse al mundo más pobre y enfermo de nuestra sociedad.

Promover la acción liberadora integral de los enfermos más necesitados

El problema del enfermo marginado o desasistido no es sólo la enfermedad en cuanto tal, sino la naturaleza y características de su enfermedad y, sobre todo, un conjunto de factores que hacen su situación particularmente inhumana y deshumanizadora.

Esto significa que nuestro acercamiento a este sector de enfermos no puede plantearse de la misma manera y en los mismos términos en que podemos plantearnos la asistencia al enfermo normal hospitalizado en los centros sanitarios.

Acercamiento integral al enfermo desasistido

Imposible definir aquí cuál ha de ser la actuación concreta ante cada sector de enfermos marginados o desasistidos y ante cada caso. Es la misma situación de ese hombre o mujer necesitados la que nos ha de indicar lo que puede ser Buena Noticia de Jesucristo para él.

A veces será la ayuda elemental y primaria que toda persona necesita y de la que algunos enfermos carecen: levantarlo, lavarlo, darle de comer, acostarlo, sacarlo a pasear, hacerle compañía, cuidar su correcta medicación...

Otras veces, la acción estará dirigida a liberarlo de la soledad y el aislamiento: llevarlo al médico o hacer que éste acuda a asistirlo, hacer de puente con las instituciones que lo pueden acoger o atender, conectar con posibles familiares o seres queridos de los que ha quedado separado, estimular la solidaridad de los vecinos, asegurarle un acompañamiento constante, ayudarle en todo lo que puede desarrollar su integración social, laboral, religiosa, etc.

Con frecuencia, lo que el enfermo necesita es la mano cálida y cercana que le ayude a liberarse de su inseguridad, su estado de ansiedad, su desequilibrio emocional, su postración.

A veces nos estará pidiendo ayuda para sentirse de nuevo un ser valioso, para cuidarse más de su propia dignidad personal, para desarrollar su capacidad de valerse por sí mismo, para sentirse motivado de manera nueva y positiva ante su propia situación.

Otras veces necesitará ser liberado de sentimientos de culpabilidad dirigidos contra sí mismo, depresiones, sentimiento de frustración, de haber fracasado en la construcción de su vida, de estar rechazado por Dios, condenado a la desintegración, perdido.

Ante este mundo del enfermo desasistido y necesitado, la Pastoral Sanitaria no puede reducir su horizonte, sino que ha de estar atenta ante cada situación concreta para sentirse interpelada, estimulada y urgida a desarrollar todo aquello que pueda aportar a estos desvalidos: salud, liberación, dignidad, compañía, esperanza.

Desde la acogida y el contacto personal

Esta sociedad, cuando asiste al enfermo, tiende a reducir la enfermedad a un asunto técnico y político-administrativo. El desarrollo de una medicina altamente tecnificada y especializada, necesitada de una compleja burocracia, corre el riesgo de tratar las enfermedades sin acertar a reconstruir a esas personas enfermas.

A mi entender, la Pastoral Sanitaria hoy debe recordar más que nunca que Jesús curaba *tocando*, y ha de promover en nuestra sociedad un acercamiento diferente a la persona enferma. Acercamiento hecho de contacto personal, ofrecimiento de amistad real, acogida desinteresada, cercanía, gratuidad.

Naturalmente, esta acogida respetuosa y cálida, esta cercanía

amistosa y solidaria hemos de urgirle mucho más en este submundo de los enfermos más o menos excluidos de la debida asistencia técnica o de la atención político-administrativa.

ROMPER EL CERCO DE MARGINACIÓN SOCIAL Y DESASISTENCIA AL SECTOR DE ENFERMOS MÁS POBRES Y NECESITADOS

Estamos aquí ante una tarea de gran alcance y que exige una atención y sensibilidad mayor por parte de nuestras Iglesias y de la Pastoral Sanitaria en general.

La concienciación y formación de la opinión pública

Antes que nada, nos hemos de sentir llamados a impulsar todo aquello que conduzca a un cambio de la opinión pública y de la actitud ciudadana ante este sector de enfermos.

En una sociedad que, una y otra vez, desde la dirección de un partido político o de otro, tiende a estructurarse en la desigualdad y en el olvido de los más débiles, la Iglesia ha de recordar su misión de recordar y defender a los más olvidados.

En una sociedad donde, desde el poder y desde la oposición desde las organizaciones sindicales y políticas de un signo o de otro, cada colectivo parece preocuparse casi exclusivamente de sus propios derechos e intereses, la Iglesia se ha de sentir llamada a defender los derechos e intereses de los que parece no interesar a nadie. En una sociedad insensible hacia ciertos enfermos de patología desagradable o de escaso *eco social*, que valora la acción sanitaria rentable y se inhibe ante sectores de enfermos crónicos, drogadictos, ancianos, disminuidos físicos y psíquicos, de dudoso futuro, la Iglesia ha de colaborar en la creación de una nueva sensibilidad colectiva.

Romper el cerco de la marginación

La Pastoral Sanitaria se ha de preocupar no sólo de que algunos se acerquen hasta este mundo de enfermos marginados. Ha de buscar también romper el cerco de marginación social que los rodea. Enfermos psíquicos excluidos de ciertas mejoras que les podría hoy aportar la ciencia y la medicina; disminuidos físicos marginados de la educación, el trabajo, el disfrute debido del ocio; drogadictos excluidos de toda rehabilitación; afectados por el SIDA rechazados en sus propios ambientes; abandono de enfermos incapaces de expresarse adecuadamente; crónicos de mala calidad de vida y desatendidos; ancianos deteriorados arrinconados en la soledad...

Ante todo ese mundo de enfermos, encerrados en sus casas, reclusos en centros o instituciones o vagando por nuestros pueblos y ciudades, la Pastoral Sanitaria ha de tener muy clara su misión: romper barreras, prejuicios y actitudes marginatorias; crear cauces de comunicación e integración social; hacerles sitio en la comunidad creyente...

El aislamiento del enfermo terminal es tan grave ya en nuestra sociedad que, a mi entender, requeriría toda una reflexión aparte. La Iglesia ha de abordar algún día de manera más decidida cómo ha de evangelizar el morir del hombre actual abandonado hoy a una muerte tan poco humana, privado muchas veces de poder actuar de maneja consciente y responsable, alejado de su familia, los seres queridos, la comunidad creyente a la que pertenece.

La defensa del enfermo más desasistido ante la sociedad

En la raíz de la marginación y desasistencia de estos enfermos se esconde muchas veces una injusticia crónica y estructural que

la Iglesia ha de saber denunciar pública y claramente con su posicionamiento, su palabra y sus gestos.

La Iglesia no puede callar ante la mentira de unas leyes como la de Integración de Minusválidos (1982) que se promulgan solemnemente sin apenas una repercusión real en la práctica.

No debe guardar silencio ante el olvido de estos colectivos más débiles cuando se aprueban los presupuestos de la nación desde criterios de rentabilidad económica, intereses políticos o de clase. La Iglesia ha de denunciar la situación injusta de los sectores deprimidos a los que les resulta imposible el acceso a una atención sanitaria digna. Ha de recordar la obstaculización que supone para muchos sectores pobres e incultos una burocracia excesiva, difícil de entender y dominar por las gentes sencillas.

Esta defensa del enfermo se hace más arriesgada pero más necesaria cuando hay que enfrentarse a situaciones injustas muy concretas, a la ineficacia de unas instituciones determinadas, la pasividad de unos profesionales, etc.

La promoción de iniciativas y servicios de atención a los sectores más marginados

La denuncia de la Iglesia tendrá más fuerza evangelizadora si está sostenida por una comunidad creyente que sabe colaborar dentro de esta sociedad promoviendo iniciativas y servicios en favor de estos enfermos.

Más aún. La Iglesia ha de sentirse llamada a promover iniciativas para hacerse presente junto a aquellos a los que no llega nadie o que más necesidad tienen de asistencia y acogida.

Esta presencia individual y colectiva de los creyentes, cerca de estos enfermos más necesitados y desasistidos sigue teniendo también hoy, como en tiempos de Jesús, una fuerza evangelizadora particular.

He aquí el significativo testimonio del marxista Lucio Lombardo Radice: «Lo específicamente cristiano es la acentuación del amor para *este* y para *aquel* prójimo —hic et nunc—, prescindiendo de cualquier perspectiva colectiva a escala de historia del mundo. Desde un punto de vista cristiano es importante dedicarse a una criatura humana, cuidarla y amarla, aunque esta entrega nuestra sea improductiva. Para el cristiano es importante dar todo su tiempo con gozo y alegría, al enfermo incurable, y dárselo *gratuitamente*, para el cristiano es importante acompañar con amor y con paciencia al anciano, ya *inútil*, en su camino hacia la muerte, es importante cuidar bondadosamente a los seres humanos *últimos*, a los más infelices y a los más imperfectos, incluso a aquellos en los que resultan ya casi indiscernibles los rasgos humanos». (En *Los marxistas y la causa de Jesús*, p. 26-27).

BIBLIOGRAFÍA

- Leon Dufour, X.: *Los milagros de Jesús*. Ediciones Cristiandad, 1979.
 Fraijo, M.: *Jesús y los marginados*. Ediciones Cristiandad, 1985.
 Legido, M.: *Misericordia entrañable. Historia de la Salvación anunciada a los pobres*. Ediciones Sígueme, 1987.
 Boff, L.: *La fe en la periferia del mundo. El caminar de la Iglesia con los oprimidos*. Sal Terrae, 1981.
 Pixley-Clodovis Boff, J.: *Opción por los pobres*. Ed. Paulinas, 1986.
 McNeill, D. P., Morrison, D. A., Nouwen, H. J. M.: *Compasión. Reflexiones sobre la vida cristiana*. Sal Terrae, 1985.
 La Pastoral del enfermo marginado. III Jornadas de Pastoral de enfermos en Barcelona. Revista *Surge*, octubre-noviembre 1985.
 Pagola, J. A.: *¿Una Iglesia apática o solidaria?* Revista Sal Terrae, Febrero, 1986, p. 117-129.
 Pagola, J. A.: *La Iglesia diocesana ante el enfermo. Objetivos de la Pastoral Sanitaria*. I Cursillo de Pastoral Sanitaria de San Sebastián, Separata del B. O. de San Sebastián, junio 1984, n. 403.

5.3 PUNTOS DE VISTA ÉTICOS

Javier Elizari

Director del Instituto Superior de Ciencias Morales. Madrid

En otro lugar de este número se traza el mapa de los «enfermos necesitados y desasistidos» y ello me dispensa de comenzar mi reflexión con un intento de identificación de este colectivo. Por otro lado, hubiera sido para mí de gran interés el poder contar previamente con este trabajo de análisis de realidad hecho en otras páginas de esta revista, para que mis palabras pudieran insertarse con la mayor coherencia posible a partir de ese análisis, convencido, además, de que toda realidad bien estudiada tiene un extraordinario poder sugerente e interpelador.

Creo que así como los mapas de las naciones presentan con frecuencia relieves diferentes, también el mapa de los enfermos necesitados y desasistidos nos ofrece cuadros muy diversos, a pesar de su denominación común. Dado el carácter general de mi intervención, no puedo presentar la situación propia de ninguno de los grupos incluidos en este colectivo: deficientes físicos o mentales, enfermos crónicos, enfermos institucionalizados, afectados de SIDA, drogadictos, etc. Con todo, no faltarán alusiones más específicas a alguno de estos grupos.

Me parece de interés apuntar una observación previa. La catalogación o etiquetación de los enfermos necesitados y desasistidos varía según las sociedades, civilizaciones y culturas. Las atenciones, los olvidos más o menos conscientes, y los rechazos no se sitúan siempre en los mismos individuos o grupos. Quizás muchas veces esa etiquetación no se lleve a cabo de una manera pensada y lúcidamente definida; puede ser el fruto de ciertos rasgos o características de una sociedad, que espontánea y coherentemente segregan zonas de olvido y espacios de atenciones preferentes. Por esto se puede decir que la actitud de la sociedad ante enfermos necesitados y desasistidos nos remite a componentes del yo colectivo, a vetas importantes de la identidad social.

UNA POLÍTICA DE MAYOR SENSIBILIDAD

La primera exigencia ética que quiero subrayar ante este tipo de enfermos, es el deber social de la solidaridad. Como soporte fundamental de esta exigencia figura el reconocimiento de la plena humanidad de estos seres, a pesar de sus disminuciones, de su menor aportación social en el campo de la productividad, etc. La dignidad de todo ser humano lo hace acreedor al aprecio, la atención y los cuidados de los demás. La situación de necesidad personal es un título más que suficiente para atraer la mirada de otros conciudadanos en orden a darle una respuesta.

Asignación de recursos

Muchos están desasistidos no por deficiencias científicas, sino por una mala o cuestionable asignación de recursos humanos y económicos, que podemos situar a dos niveles diferentes.

Dentro de los recursos asignados al área de salud desde los presupuestos generales y desde las autoridades autonómicas, municipales, etc., se ha de examinar si existe una correcta política

distributiva entre las diversas necesidades que la población presenta en esta área. A veces, se da la impresión de que sectores de la medicina más propicios al exhibicionismo profesional, que ofrecen más compensaciones a la voluntad de poder y a un cierto orgullo se ven favorecidos en el reparto de asignaciones. Y con frecuencia, las apelaciones al servicio del pueblo sirven para intereses partidistas más bien que a la satisfacción de las necesidades de la población. Reconociendo la dificultad en llevar a cabo una distribución justa y razonable, por la desproporción creciente entre necesidades y recursos, quizás los peligros de injusticia aumentan, por la nula o escasa implicación de la sociedad en definir las prioridades y en el control de tales decisiones.

Y si miramos no sólo al justo reparto de los recursos asignados al área de salud, sino a la proporcionalidad entre el conjunto de necesidades globales de un país y el total de bienes disponibles para su satisfacción, se nos presenta un tema de compleja consideración política. Pero su complejidad no nos ahorra múltiples preguntas que aquí se formulan en términos generales, pero que con datos en la mano quizás nos dieran una sensación de mala conciencia colectiva, enmascarada a veces farisaicamente con palabras muy importantes. ¿Con qué criterios se procede al reparto de tan ingentes fondos? ¿En qué se apoyan las opciones y las preferencias?

Un justo marco legal

Otro modo de demostrar la coherencia justa es la creación de un marco legal que permita la mayor atención posible a estos enfermos. Bien sabido es que esta tarea política, aun bien realizada, se traduce en la ineficacia o en una eficiencia muy mutilada desde dos condicionamientos que la esterilizan notablemente: la desatención en la asignación de recursos a la que me acabo de referir y la ausencia de actitudes sociales de solidaridad, a falta de las cuales, aun los mejores cuadros legales son poco resolutorios. Las prisas con que se elaboran algunas disposiciones legales y la tardanza en asignar medios económicos para su traducción práctica dan a veces la impresión de querer lavar la fachada de la conciencia o de blanquear el sepulcro por fuera.

Hoy día, en relación con el colectivo de enfermos y con estos enfermos en particular, va proliferando un lenguaje en clave de derechos que lentamente va teniendo su refrendo legal. Admitiendo con realismo las limitaciones y ambigüedades de tal planteamiento, creo que, dada la indefensión existente, por el momento al menos, se debe fomentar semejante enfoque. Difícilmente las leyes pueden hacerse eco de toda la riqueza de los derechos morales de los enfermos, pero pueden ejercer una cierta función *educativa* hacia la solidaridad y ayudar a movilizar energías, inspirar esfuerzos y sacudir posiciones establecidas.

Algunos se muestran particularmente reacios a situarse en un plano legal de derechos, porque temen que la vida humana se construya de un modo excesivamente rígido sobre el molde de los derechos, lo cual se traduce a veces en exigencias rígidas, insensibles a que la afirmación de derechos no se puede hacer en solitario, sino en la solidaridad, especialmente con los más necesitados y desasistidos. Creo que en este modo de pensar hay una alerta a no perder la benevolencia, el sentido de gratuidad en las relaciones sociales, pero ¿por qué no va a ser posible armonizar un lenguaje de derechos y una educación en la dimensión gratuita de la existencia?

UNA CONVERSIÓN EN LAS ACTITUDES

Todo lo dicho anteriormente no ha de ser disminuido en nada en cuanto a su urgencia ética, por las consideraciones desarrolladas a continuación. Reconocida la necesidad ineludible de un compromiso legislativo y social a favor de este colectivo de enfermos, no podemos descuidar la educación en un hondo sentimiento de solidaridad, sin el cual las mejores disposiciones legales ven mermada su eficacia. Sin infravalorar el dinamismo de una ética puramente humana, se ha dicho que con frecuencia su lógica no basta para sostener el sacrificio diario por el más pobre y el más necesitado. La fe cristiana, vivida en coherencia, es un excelente caldo de cultivo de actitudes sacrificadas y heroicas incluso.

Dentro del colectivo de enfermos necesitados y desasistidos, unos grupos presentan necesidades diferentes de los otros. Tampoco ante todos ellos se adoptan las mismas actitudes. Ahora quiero referirme a algunos aspectos más frecuentes en relación con algunos enfermos, por ejemplo, los afectados por el SIDA y, en parte, también aplicables a los drogadictos.

Cobertura religiosa y moralizante de la insolidaridad

Es un hecho que determinadas conductas personales están no raramente en el origen de enfermedades que llevan a sufrir un estado de marginación social, por ejemplo, ciertos comportamientos sexuales o en relación con la droga inciden en contraer el SIDA. De este hecho, algunos concluyen, con excesiva facilidad, la responsabilidad personal y, dando un paso más, llegan a afirmar que la enfermedad es la consecuencia, el castigo de su pecado.

Sin negar a nadie su margen de responsabilidad sobre la propia conducta, hemos de guardarnos de un concepto de responsabilidad o culpabilidad excesivamente individualista, como si cada persona fuera un ser solitario o una voluntad omnipotente y absolutamente libre.

Por otro lado, la persona es acreedora a la atención solidaria independientemente de su condición de *inocente* o *culpable*. Si la moral actual ha denunciado las ambigüedades del binomio inocente-culpable en la aplicación que se ha hecho de él en la pena de muerte y en el tema de la guerra, no tendría sentido el servirle de él para actitudes insolidarias ante enfermos socialmente desasistidos en sus necesidades.

En diversas ocasiones, documentos eclesiales autorizados han reaccionado vivamente contra semejante actitud. «Sería igualmente triste que la reacción tome la forma de una reacción moral sin piedad y farisaica. Hay que hacer algo más radical y constructivo que fustigar el vicio de los demás» (Card. Basil Hume, D.C., 1987, 260). Y Mons. Bernardin afirmaba en la misma línea: «Sería un error utilizar nuestros encuentros personales con los pacientes afectados de SIDA únicamente como una ocasión de hablar de los principios morales que deben guiar nuestro comportamiento» (D.C., 1987, 258).

La actitud de insolidaridad social, bajo la cobertura de un cierto moralismo también tiene su expresión en otros campos. En diversas revistas se han publicado artículos presentando como un hecho ilógico el que la sociedad cargue con los gastos de los enfermos cancerosos por el abuso de tabaco o de los aquejados con afecciones cardiovasculares debidas al uso de bebidas alcohólicas. Semejantes planteamientos llevan a una feroz insolidaridad y parten de un supuesto excesivamente ingenuo de una especie de supervoluntad y superlibertad.

Algunos, no contentándose con una interpretación moralizante de la marginación de algunos enfermos, se aventuran en la búsqueda

de interpretaciones religiosas, afirmando, por ejemplo, que el SIDA es un castigo de Dios por los abusos de la sociedad en el campo de la sexualidad o de la droga.

No podemos consentir la difusión de una imagen de Dios, como si fuera un sádico, un vengador implacable o un vigilante preocupado en sorprender a los seres humanos en algún fallo para descargar su ira justiciera. Semejante imagen de Dios es absolutamente injusta y una grosera adulteración del Dios de Jesucristo. «La responsabilidad cristiana particular consiste en afirmar con palabras y en la práctica la creencia de que Dios es misericordia y amor ... y que, por tanto, estamos liberados de todo discurso moralizador y simplista sobre el tema de las personas víctimas del virus» (Declaración del Consejo Ecuménico de las Iglesias). Hay que «afirmar el amor de Dios para toda persona, cualquiera que sea su forma de vida» (Declaración del Consejo Metodista Mundial, Viena, enero 1982).

Comprometer a Dios en estos percances es olvidar que las enfermedades tienen sus causas y procesos que hacen superflua e infundada la apelación a lo divino en todo ello.

El miedo, factor de marginación

Otra actitud generadora a veces de insolidaridad y marginación es el miedo. Quizás en ningún caso de enfermos marginados como el del SIDA, el miedo se ha convertido en una amenaza de discriminación. No hay duda de que el SIDA constituye un peligro para la salud pública, mientras no se encuentre una terapia médicamente efectiva y socialmente disponible. Pero estamos asistiendo a una especie de psicosis colectiva que acentúa injustificadamente el riesgo de la amenaza y exagera las medidas de seguridad con grave peligro para la dignidad y los derechos de las personas afectadas. La Iglesia, en general, ante esta situación, está dando un ejemplo de serenidad. Frente al carácter bastante apocalíptico y alarmista de algunos medios de comunicación social y de algunos profesionales, está invitando a superar los reflejos del miedo y a no caer en el pánico, puerta frecuente de manifestaciones de intolerancia y discriminación.

EL MENSAJE DE ESTOS ENFERMOS

Existe el peligro de filtrar una imagen de los enfermos necesitados y desasistidos como si fueran únicamente una fuente de problemas, de cargas económicas, de limitaciones para un cierto concepto de autorrealización, como un freno al bienestar social de los demás. O también podemos caer en un enfoque parcial, como si fueran meros destinatarios de cuidados.

Se ha dicho de ellos que constituyen una *riqueza* social. Semejante expresión puede revestir los caracteres de un insulto y hasta puede servir de freno a la solidaridad eficiente. Sin embargo, si con ella se quiere aludir al mensaje emitido por estos enfermos, podría tener un sentido aceptable.

Ellos nos interpelan sobre la idea que se hace una sociedad sobre la dignidad humana; nos cuestionan sobre los criterios sociales de valoración de los seres humanos, con frecuencia superficiales y parciales. Pueden ser una fuente despertadora de preciosas energías sociales: solidaridad, abnegación y hasta heroísmo y una vacunación contra el individualismo y el egoísmo. Constituyen también a veces una memoria de las limitaciones humanas, un recuerdo de nuestra condición de criaturas y ayudan a una relativización de tantos elementos periféricos a la existencia humana. Pero sería signo de una crueldad cínica tomar este mensaje como pretexto para la pereza o la insolidaridad. **LH**

5.4 MENSAJE DE LOS OBISPOS DE LA COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL PARA EL DÍA DEL ENFERMO 1988

1. «Los enfermos más desasistidos y necesitados» es el tema que ha elegido la Iglesia española para la campaña del Día del Enfermo. Su objetivo es dar a conocer a las comunidades cristianas y a la sociedad, en general, la situación real en que viven muchos enfermos, descubrir sus necesidades, comprometernos en su solución y apoyar a cuantos están trabajando con ellos.

2. Cualquiera que mire la realidad con los ojos bien abiertos, se encontrará con ancianos enfermos que viven solos y abandonados en sus casas o que andan de hospital en hospital como mercancías que nadie quiere; con enfermos crónicos faltos de medios económicos y de personas que les atiendan; con enfermos terminales que mueren técnicamente bien asistidos pero faltos de calor humano; con enfermos mentales a quienes se niega la comprensión y cariño que necesitan; con enfermos drogadictos y de SIDA que despiertan miedo y rechazo en torno a ellos.

3. Nuestra sociedad, construida desde los sanos y para los sanos, olvida, en general, a estos enfermos, los aparca y margina. Estorban, molestan y nos complican la vida. Su abandono y desamparo son un reflejo de la insolidaridad que padecemos, de nuestra creciente apatía, indiferencia e inhibición y de nuestro alejamiento de los valores humanos y evangélicos.

4. Esta situación es un escándalo y debería herir la conciencia de todos: la sociedad, los ciudadanos, las familias, la Administración, los políticos, los educadores, los profesionales sanitarios, la Iglesia. No somos humanos si damos la espalda a un problema que afecta a los más débiles y necesitados de asistencia, cuidados y cariño. No creemos de verdad en Jesús si no nos sentimos obligados a prestarles la misma atención que él les prestó.

5. Jesús no pasó de largo ante los enfermos, el sector más desamparado y despreciado en la sociedad de su tiempo. Se acercó a ellos, se conmovió ante su situación, les dedicó una atención preferente, buscó el contacto humano con ellos, por encima de las normas que lo prohibían, y les libró de la soledad y abandono en que se encontraban reintegrándolos a la comunidad. Así es como concibió el Reino de Dios que vino a predicar e instaurar.

6. Si las comunidades cristianas quieren ser fieles a la persona y al mensaje de Jesús, han de atender a los enfermos más desasistidos y necesitados con la misma solicitud con que él lo hizo.

7. La atención a estos enfermos comporta: descubrir quiénes son y qué necesitan; conocerles, acompañarles, compartir su situación y ayudarles a vivirla con dignidad y esperanza; ponerse a su servicio y ser, cuando lo necesiten, su voz, sus ojos, sus manos o sus pies; luchar con ellos y denunciar la situación injusta en que se encuentran y trabajar por erradicar las causas que la provocan; desterrar de nosotros actitudes y posturas tales como la falsa compasión, el dolorismo y los consejos fáciles que, lejos de ayudarles, pueden hacerles daño; y fomentar en ellos el sano realismo, la voluntad de lucha, la unión con otros para solucionar problemas.

8. Ofrecemos a las comunidades cristianas algunas pistas para su trabajo en este campo de los enfermos marginados:

- Crear una nueva sensibilidad colectiva y promover un cambio en la actitud ciudadana ante los enfermos más desasistidos y necesitados. Es necesario romper entre todos el cerco de marginación social en que se encuentran atrapados. La Administración pública ha de tenerlos presentes a la hora de elaborar sus presupuestos. La política sanitaria no puede ignorarlos o menospreciarlos por el hecho de no considerarlos rentables. Y los ciudadanos hemos de romper las barreras, prejuicios e inhibiciones con las que les eludimos.
- Acudir a donde se encuentran estos enfermos.
- Apoyar y colaborar en toda clase de iniciativas, actividades y asociaciones que persigan una atención más adecuada a los enfermos abandonados.
- Promover una transformación real de las instituciones sociopolíticas y religiosas que generan o consienten el abandono y la marginación de estos enfermos.
- Valorar la entrega de las familias que cuidan con amor solícito y paciente a sus enfermos y prestar apoyo y ayuda a las que se ven impotentes para sobrellevar solas la enfermedad de uno de sus miembros.
- Apoyar y alentar la labor abnegada que desarrollan en este campo los grupos de pastoral sanitaria parroquiales, las asociaciones y movimientos de enfermos, las religiosas, los religiosos y los profesionales sanitarios.
- Reconocer que los enfermos son miembros activos en las comunidades cristianas a las que evangelizan desde su situación.

9. No queremos concluir nuestro mensaje sin expresar la convicción de que este problema tan grave y la atención que merecen estas personas supone tal grado de dedicación que la sociedad difícilmente podrá responder a él sin un voluntariado eficaz y organizado. Apelamos a la conciencia de los católicos y de los ciudadanos de buena voluntad para que, superando el carácter meramente lucrativo del trabajo social, desarrollen también su sentido de gratuidad en favor de estos enfermos.

10. Que María, Salud de los enfermos y madre entrañable de los desamparados, nos enseñe en este Año Mariano a seguir los pasos de su Hijo y anunciar su Buena Nueva a los más pobres y abandonados.

16 de febrero de 1988

<i>Javier Osés Flarique</i>	<i>Obispo de Huesca, Presidente de la Comisión</i>
<i>Teodoro Úbeda Gramaje</i>	<i>Obispo de Mallorca</i>
<i>Rosendo Álvarez Gastón</i>	<i>Obispo de Jaca</i>
<i>Antonio Deig Clotet</i>	<i>Obispo de Menorca</i>
<i>Santiago García Aracil</i>	<i>Obispo Auxiliar de Valencia</i>

LH

6. BIBLIOGRAFÍA

Rudesindo Delgado

MARGINADOS

- Surge 1985: *Pastoral del enfermo marginado*. III Jornadas de Pastoral de Enfermos de Barcelona.
- Varios autores: *La dignidad de los marginados*. Concilium n.º 150, 1979.
- Varios autores: *En comunión con los marginados*. Revista Vida Religiosa, n.º 4, 1982.

ANCIANOS

- Agüero, Leguina, Olano: *La hora maltusiana en España*, 1984.
- Diputación de Madrid: *Los ancianos de los 80*. Canal, G.: *Envejecer no es deteriorarse*. Paraninfo 1981.
- Cáritas Española: *La ancianidad, problema social de nuestro tiempo*. Documentación Social n.º 20, 1963.
- Francia, A.: *Nuestros abuelos*. Edic. Paulinas 1983.
- Colección Bienestar Social: *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*.
- Informe Gaur: *La situación del anciano en España*. Col. Cajas de Ahorro 1985.
- Duocastella, R.: *Informe sobre la tercera edad*. Fontanella 1976.
- Cruz Roja Española: *Ser anciano en España*. Estudio psico-social. Centro de E. y D. de los Derechos del Hombre, 1982.
- Casals, I.: *Sociología de la ancianidad*. Mezquita 1982.
- Servicio a domicilio para la Tercera Edad, I.S.P.A. Barcelona 1982.
- Ministerio de Sanidad: *Programa del anciano en atención primaria*. 1984.
- Ministerio de Cultura: *Tercera Edad*. Datos para un Libro Blanco. 4 tomos. Madrid, 1980.
- López Cepero, J.: *Los viejos*. Dopesa 1977.
- FERS: *Lugar y función de las personas mayores en el mundo y en la Iglesia*. Dossier del Consejo Pontificio para la Familia, 1985.
- Cuadernos de enfermería: *Gerontología geriátrica*.
- El médico y la Tercera Edad*. Libro Blanco, Laborat. Beecham, 1986.
- Del Campo, S. y otros: *Introducción a la Gerontología Social*. Ministerio de Trabajo, 1981.
- Royuela, H. y Equipo Hijas de la Caridad: *Pastoral de la Tercera Edad*. C.E.M.E. 1980.

ENFERMOS CRÓNICOS

- Elliot, J. R.: *La vida en el hospital. Las necesidades sociales de las personas hospitalizadas por largo tiempo*. I Simposium 3.ª Edad. Barcelona 1976.
- Goepf-Hammond: *Terapia de apoyo del paciente canceroso*. Panamericana 1977.

ENFERMOS TERMINALES

- Varios autores: *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Edic. Paulinas 1984.
- Sporken, P.: *Ayudando a morir*. Sal Terrae 1978.
- Saunders: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Salvat 1980.
- Ribera, J. M.: *Reflexiones sobre la muerte*. Mezquita 1982.

ENFERMOS MENTALES

- Goffman, E.: *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu 1973.
- Levinson y Gallagher: *Sociología del enfermo mental*. Amorrortu 1971.
- Casera, D.: *Mis hermanos los psicóticos*. Edic. Paulinas 1983.

DROGA

- Abel, E. L.: *Marihuana*. Plenum Press. New York, 1980.
- Abelson, A. y cols.: *Marihuana: A signal of Misunderstanding*. National commission on marihuana and drug abuse. U.S. Printing Office, 1972.
- Academic year. *Polydrug abuse treatment program*. Clinical Toxicology, 1975.
- Astolfi, E. y colaboradores. *Las toxicomanías en nuestro medio*. Ed. Fund. Juana de Arco, Buenos Aires, 1975.
- Astolfi, E. y cols.: *Toxicomanías*. Ed. Universidad. Buenos Aires, 1979.
- Belsasso, Guida: *Educación para prevenir el abuso de droga*. Unesco. París, 1976.
- Bercovitz, R.: *La marginación de los locos y el derecho*. Edit. Turos, 1975.
- Bencler, P. M. y cols.: *Data analysis strategies and designs for substance abuse research*. National Institute on drug abuse, 1979.
- Berger, R.: *Le jeune et son milieu dans la prevention de la drogue*. Revue Internationale de l'enfant. 1975, n.º 27.
- Blanco, F. y colaboradores: *Técnicas de prevención de las farmacodependencias*. Actas de las VII Jornadas de sociodroalcohol. Pamplona, 1979.
- Cami y Morell, J.: *Dependencia de drogas*. Medica de. 1977.
- Carta de información: *División de estupefacientes*. Naciones Unidas, Ginebra. Suiza.
- Ministerio de Cultura. *Juventud y droga en España*. Madrid, 1980.
- Consejo de Europa: *Recommandation sur la prevention des problemes liés a l'alcool en particulier parmi les jeunes*. Estrasburgo, 1982.
- C.E.: *Recommandation sur la prevention de la toxicomanie et le role particulier de l'education pour la santé*. Estrasburgo, 1982.
- Cuadernos de Pedagogía. *Las drogas en la escuela*. 1981.
- Dorn, S.: *L'evaluation des programmes d'education relative aux problemes liés a l'usage des drogues: Problemes poses et resultats atteints en Europe*. Unesco, 1976.
- Dorn, N.: *The dede project*. Londres, 1977.
- Equipo de Investigación Social (EDIS): *La población española ante las drogas*. Documentación Social, 1981.
- Fiscalía General del Estado: *Memorias elevadas al gobierno*. Años 1980 a 1986.
- Flórez y colaboradores: *Compendio de farmacología humana*. Eúnsa. Pamplona, 1980.
- Goldstein, A. y colaboradores: *Principles of drug action*. Editorial Wiley Biomedical Health Publication. New York, 1974.
- Lauriè, P.: *Las drogas*. 1970.
- Lauriè, P.: *La rebelión de la juventud*. Edit. Fontanella, 1967.
- Lefebre, Gaston: *Les parents et la drogue*. Edition Drogstop, 1978, Paris.
- «Le patriarcho»: *Toxicomanías en el ambiente escolar: Para una dinámica de la prevención*. Grenade, Francia.
- Mendoza, R. y colaboradores: *El papel del educador ante el problema de las drogas*. Pablo del Río, Editorial. Madrid, 1980.
- Naciones Unidas. División de estupefacientes. *Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas*. Nueva York, 1980.
- Nahas, G. G.: *Marihuana*. Springer-Verlag. New York, 1976.
- Negro, J. L.: *Drogas*. Alhambra. Madrid, 1979.
- Noguerol, M. y Petraseca, G. A.: *Enfoque psicossocial y terapéutico del alcoholismo y la drogadicción*. Drogalcohol, 1978.
- Olivenstein, C.: *Las drogas*. Edit. Studium, 1971.
- Oughourcian, J. M.: *La persona del toxicómano*. Barcelona, Herder, 1977.
- Reynaud, M.: *Les toxicomanies*. Maloine, Ed. 1984. París.
- Salud mental (número monográfico sobre alcoholismo). 1979. Madrid.
- Schaps, E. y colaboradores: *Evacuation de l'efficacité de 127 programmes de prevention des toxicomanies*. Drogalcohol, 1981. Lausanne.
- UNESCO: *La verdad sobre la droga*. Madrid, 1973.
- UNESCO: *Drogas, alienaciones y educación*. Madrid, 1973.

ControlDiet

Dieta para controlar el peso y la salud

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

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

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



Clinical Nutrition

LOS ESPECIALISTAS EN NUTRICION

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

Banc Català de Crèdit

Cadesbank

SOM A TOT CATALUNYA