

**ORGANIZACION  
Y PASTORAL DE  
HOSPITALES**

**LA  
LABOR  
HOS  
PITALA  
RIA**

# LABOR HOSPITALARIA

## Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios

Año 25. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1972

Número 144 Volumen IV

### Director

ÁNGEL M.<sup>a</sup> RAMÍREZ, O. H.

### Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios  
Avda. Gmo. Franco, 547  
BARCELONA 14

### Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.  
JOSÉ L. REDRADO, O. H.

### Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial  
Hermanos de san Juan de Dios  
Avda. Gmo. Franco, 547  
Tel. 239 50 06  
BARCELONA 14

Depósito Legal. B. 2.998-61  
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

---

*PROGRESO TÉCNICO Y CIENTÍFICO DE LA ENFERMERA* 54  
*Por Mlle. J. BELLET*

---

*ASPECTOS DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL* 60  
*EN HOSPITALES*  
*Por M. PEÑA-BAZTÁN*

---

*INTERESANTES DECLARACIONES DEL MINISTRO* 65  
*DE TRABAJO DON LICINIO DE LA FUENTE*

---

*ENTREVISTA* 70  
*CON EL PROFESOR LA FUENTE CHAOS*

---

*LA PASTORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS* 73  
*Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.*

---

*EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN* 81  
*DE LOS ENFERMOS (II)*  
*Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.*

---

*COMPROMISO CRISTIANO FRENTE AL ENFERMO* 87  
*Por Fr. MANUEL MARCO, O. H.*

---

*SE REGULA EL PROCEDIMIENTO* 94  
*PARA LA CONCESIÓN DE AUTORIZACIÓN*  
*EN MATERIA DE HOSPITALES*

---

*TERCER PREMIO PERIODÍSTICO* 96  
*«DESARROLLO HOSPITALARIO»*

---

*BIBLIOGRAFÍA* 98

---

---

Por un hospital más humano

---

# PROGRESO TECNICO Y CIENTIFICO DE LA ENFERMERA

Mlle. J. BELLET

Monitrice de l'école d'infirmières-CLICHY

El presente tema es una ponencia dictada en Madrid por una enfermera representante de Francia, con ocasión del V Congreso Europeo de Enfermeras Católicas, 4-8 abril 1972.

Las perspectivas que presenta la autora, con una mentalidad y situación francesa es, ni más ni menos, lo que estamos palpando en España.

El Congreso, centrado en una pieza clave del hospital, ha dado a la enfermería —a la enfermera— el valor, la fuerza y el lugar que le corresponden en el hospital de hoy. Bajo la trilogía de Profesión, Progreso y Espiritualidad, el Congreso ha sabido definir y dar luz a este angustioso problema de la enfermera; problema —decimos— porque es algo que está planteado a escala mundial, en todas sus dimensiones: número, preparación, especialización, trabajo, continuidad en el mismo.

Desde estas páginas queremos dejar constancia de lo positivo de estos días del Congreso; y a través de Labor Hospitalaria daremos también la información precisa, tanto de las Ponencias como de las aportaciones por grupos en las distintas materias.

## EXPLOSIÓN CIENTÍFICA

Resulta totalmente imposible en nuestros días, presentarse ante un auditorio sin tocar el tema del progreso técnico y científico. Es indudable que la causa principal del confusiónismo actual se debe al aceleramiento del progreso tecnológico como consecuencia misma de lo que podríamos llamar «explosión científica».

¿No nos parecemos, acaso, a estos niños que vemos hoy jugando con cualquier objeto rectangular, por ejemplo, y que manejarán el día de mañana una calculadora electrónica?

Luis Armand nos recuerda: Aprenderemos no a cambiar una y otra vez sino a transformarnos permanentemente, para conseguir adaptarnos para siempre.

Ya que debemos transformarnos permanentemente a nosotros mismos, hagamos una pausa, con el fin de preguntarnos a nosotros mismos: ¿Adónde llegará la enfermera, con su personalidad, enfrentándose cara a cara con esa evolución técnica y científica?

## EL SALTO DE LA VOCACIÓN AL EMPLEO

En Francia, la personalidad de la enfermera se presenta bajo distintos aspectos conforme a la actividad que la enfermera ha escogido en su profesión.

Describiremos primeramente algunos aspectos de las situaciones actuales vividas por las enfermeras, y buscaremos seguidamente su común denominador. Todas unidas, nos esforzaremos en averiguar las posibilidades que les ofrecen, con el fin de resolver mejor las exigencias que solicitan.

Hablamos de la enfermera en femenino, porque en Francia esta profesión permanece esencialmente como profesión para la mujer.

Antiguamente, la hermana enfermera y su entrega por el enfermo estaban de acuerdo, a nuestro parecer, con las exigencias de la época. Actualmente, nuestra alumna enfermera se traslada al hospital por las mañanas en su propio coche, al menos en muchos de los hospitales parisinos.

Sin estar suficientemente preparadas hemos evolucionado de la Hermana Hospitalaria (por ejemplo, las del Hospicio de Beaune, en plena campiña de Borgoña) con la enfermera actual libre e independiente.

¿Existe acaso algo más significativo que la transformación de aquellas inmensas salas con las camas de los enfermos instaladas junto al altar donde el capellán celebraba diariamente la misa y la sala de reanimación repleta de aparatos de advertencia e instrucciones?

La Hermana Angélica con su rostro oculto casi bajo su toca, dedica su vida entera a los enfermos. Françoise, o Monique, con el cabello suelto bajo su boina exigen

un sueldo de acuerdo con su horario de ocho horas de servicio.

Hemos dado el salto de la vocación al empleo.

## ABRIENDO BRECHA

Monique ha escogido ser una enfermera independiente. Se instala en una gran ciudad. Sus comienzos son duros al principio, hasta que consigue un buen número de clientes.

Necesita adquirir material de trabajo, un esterilizador, un coche, teléfono. Todo esto requiere mucho dinero, y su familia tiene que ayudarla.

Al mismo tiempo, hace algunas suplencias en un dispensario, adquiriendo también amistades y dándose a conocer en la ciudad.

Gracias a la ayuda de médicos y farmacéuticos de la vecindad, consigue al cabo de un año, llegar a mantenerse por sí misma.

Con frecuencia, la reclaman para inyecciones intramusculares, curas. Para mucha gente es la persona «de la jeringa» pero para otros, es la consejera, la que tranquiliza y anima ayudando a mantener el espíritu.

No les importa preguntarle: ¿Cuánto tardaré en curarme? ¿Me dolerá? ¿Tendré que separarme de los niños? Y Monique encuentra tiempo para contestar a todas estas preguntas.

La vida de Monique está sumamente ocupada. Tiene mucho trabajo, incluso organizando su propio trabajo y horario. A veces la llaman por la noche. Emplea los fines de semana, haciendo guardias con amigas en diversos barrios de la ciudad.

Decide con sus amigas abrir un centro de asistencia compartiendo los gastos de sostenimiento, para poder disponer también de más tiempo libre turnándose regularmente. Monique piensa casarse pronto; y seguir trabajando después.

## LABOR DE LA ENFERMERA

Françoise es enfermera en un hospital. Sus problemas son distintos.

Françoise, ha sido enfermera durante cinco años en un servicio de medicina general muy importante.

Tiene a su cargo de diez a doce enfermos en habitaciones de dos camas. Para vigilarlos tiene que recorrer los pasillos con frecuencia. El miércoles es un día muy agitado. Hay gran número de chequeos para el diagnóstico. Se ocupa de algunos extrayendo sangre por ejemplo. Tiene siempre que apresurarse con los pacientes que esperan la visita con ansiedad ocupándose con buen o mal humor de darles el desayuno. Desearía dialogar

con ellos, pero el tiempo apremia. Todo lo que requieren los chequeos siguientes tiene que estar preparado antes de que lleguen los médicos.

Se preocupa también, cuando se marcha el enfermo del hospital; está aún débil y enfermo, pero desea estar con su familia. La familia no tiene costumbre de ocuparse de un enfermo y teme su regreso al hogar. Françoise trata de conseguir tiempo para hablar con ellos e introducirles, mejor dicho ponerles en contacto con la Asistente Social.

Pero el tiempo vuela, y los médicos la esperan para que empiecen los chequeos. Seguidamente empieza la visita: hay dos médicos que visitan a diario. Françoise escribe las recetas. La visita del médico es importante y al mismo tiempo temible para el enfermo. Françoise necesita después explicarle todo al enfermo y tratar de tranquilizarlo.

Y ahora, lo inesperado viene a perturbar esta mañana agobiante de trabajo. Según los resultados del chequeo de laboratorio, tiene que preparar una perfusión. Prepara la sonda de succión de alimentos, que un enfermo intranquilo ha desplazado.

Sin embargo el final de la tarea mañanera se aproxima. Reparte los medicamentos a los enfermos y se ocupa de que cada uno tome el que le corresponde. Escucha a la madre que desea regresar a su casa, o a la alumna que se preocupa de la preparación de su examen o de la anciana que nunca ve a su marido porque está demasiado enfermo para venir a visitarla.

El teléfono interno anuncia la llegada de un enfermo en «urgencia». Este nuevo enfermo, necesitará toda su atención y cuidados. Inmediatamente empieza a atenderle. La familia asustada, angustiada y llena de ansiedad la acosan a preguntas y ella trata de tranquilizarles. ¿Se curará? ¿Podrán salvarle? La hora del almuerzo ha pasado ya antes de que Françoise pueda interrumpir su tarea.

La tarde no es tampoco más sosegada y procura, si su trabajo lo permite, charlar un rato con la joven portuguesa que no habla mucho francés.

Son ahora, las seis de la tarde, y Françoise abandona su trabajo después de dejar su turno de vigilancia a una de sus compañeras, si es que no sucede nada inesperado.

Al llegar la noche, el cansancio físico que la invade no consigue alejar esa sensación de insatisfacción que siente.

Repasa mentalmente su trabajo durante el día: recorridos por los pasillos, habitaciones de los enfermos, todo muy rápidamente para poder llegar a todos ellos.

¿Durante los pocos ratos de que dispone ha sabido ponerse a disposición de los enfermos a ella encomendados?, ¿de toda aquella gente angustiada en un ambiente extraño a ellos y alejados de sus familiares?

Algunas veces, Françoise lamenta tener que encomendar su trabajo a las auxiliares, hacer camas, la toilette del enfermo, todo aquello en suma que le daría la oportunidad de poder dialogar con el enfermo.

Pero la especialización es necesaria en la enfermera para saber suavizar la marcha del servicio, y nunca tiene la posibilidad de poder escoger.

### *EL SER ENFERMERA ACTUALMENTE YA NO ES UNA VOCACIÓN*

Como ocurre en el desarrollo de la personalidad del ser humano, la enfermera de nuestros días, llevada, arrastrada por múltiples factores, se encuentra en una etapa difícil antes de su madurez.

El progreso técnico y científico, presiona en ella la necesidad de adquirir más enseñanza científica. El ser enfermera ya no es una vocación, es actualmente un empleo que se escoge o una profesión cualquiera. Esa profesión o carrera o empleo se está organizando pero persigue con un paralelismo irritante la evolución de los descubrimientos médicos. A medida que los médicos ven ampliarse su campo de acción, la enfermera se ve obligada a responsabilizarse en operaciones más técnicas. Nuestra labor, conforme a la de los médicos mismos, consistirá en modificar las razones que nos implican estar a la cabecera del enfermo. La enfermera ya no es la que ayuda al enfermo, sino al médico. Entonces, ¿es ella la que tiene que seguir ayudándole?

La enfermera está sumergida plenamente en la técnica que admite ya, que espera conseguir de ella mayor responsabilidad.

De este modo, la enfermera se encuentra frente a este dilema: o bien utiliza una técnica que no entiende ni comprende o la domina plenamente.

Si emplea una técnica que no conoce, la medicina será como una muralla entre el enfermo y la enfermera. En este caso, pierde algo de su valor, su observación, su conciencia profesional. Pero, ¿para que le servirá su inteligencia que necesita comprender, sentir aquello que ama?

### *PROFESIÓN QUE REQUIERE UNA VOCACIÓN*

Por otra parte, si la enfermera domina las técnicas nuevas necesitará ayuda para aprender y progresar de acuerdo con los nuevos descubrimientos: la máquina es ahora un valor de libertad.

La enfermera vigilante que se siente asegurada por la presencia de la máquina monitora tiene libre su pensamiento. Encuentra tiempo nuevamente para inclinarse junto al enfermo, mirarle, sonreírle, inculcarle el deseo de luchar para reponerse. Como dijo una vez un enfermo: «¿Han encontrado acaso una máquina capaz de hacer todo esto? y ¿dónde está la que nos da ánimo?»

Después del paso de la vocación de la enfermera a la

profesión si esto se consigue, la enfermera encuentra nuevamente su verdadera vocación.

En lugar de confrontar estas dos ideas, como se hace frecuentemente, ¿acaso no será posible considerar que la carrera de enfermera es una profesión que requiere una vocación?

El progreso técnico libera a la enfermera de algunas tareas. Abandonando progresivamente algunas tareas a ella encomendadas se encuentra más libre para participar más activamente en su vocación misma.

Algunas enfermeras tienen el sentido de fracaso, respecto a su vocación. Sin embargo, la falta de espíritu, la pasividad, la rebeldía inorganizada, no facilitan el tránsito de la juventud a la madurez.

Esta evolución debe realizarse, y antes de que sea demasiado tarde. ¿Una muchacha joven, considera la madurez como una meta a la que desea llegar? ¿podrán conseguir las enfermeras ese ideal?

Para comprender y realizar ese paso hacia una madurez mejor, una enseñanza firme y consistente de las jóvenes enfermeras es totalmente imprescindible, así como una enseñanza permanente de las de mayor edad y también una mejor educación del público.

### *DESCUBRIR DE NUEVO EL SENTIDO DE ENTREGA*

En las escuelas de enfermeras, el reclutamiento es completamente diferente. El aspecto más técnico de nuestra profesión, el deseo de secundar al médico atraen muchísimo a la juventud. Hoy día desean estar al tanto de la actualidad científica. Pero después de conseguir el título, cuando se les imponen las obligaciones profesionales, estas jóvenes se rebelan de las guardias de los domingos y de las nocturnas.

Deben descubrir de nuevo, el sentido de entrega para evitar que la parte técnica de la profesión las ahogue demasiado pronto.

Pensamos que, frente a este progreso técnico y científico, la enfermera se encuentra actualmente en una etapa inicial de investigación, en plena fase de transición. Comprometidas en una tarea penosa se encuentran cada vez más desvalorizadas y poco independientes. ¿No encuentran ustedes que es una señal de su deseo de más valorización cuando una enfermera de niños, dice «Soy puericultora?», y como dice Miss Colliere: «no es de casualidad el que haya desaparecido la palabra enfermera y no dicen soy enfermera puericultora».

En cuanto al nivel de las alumnas enfermeras debemos reconocer que los motivos iniciales no van siempre enfocados a dar ayuda a la persona enferma. Pero aparece alguna cosa satisfactoria a este respecto cuando existe una relación entre el enfermo y la alumna de primer curso. Por ello nos preocupa especialmente, el

ver que las mismas alumnas no sienten esas aspiraciones referentes a la relación: alumna enfermo.

¿No es acaso una señal de confusión debida a la influencia del ambiente del hospital? El hospital sigue siendo el lugar principal para la enseñanza práctica, es allí donde las alumnas se enfrentan con la práctica de enfermera y las enfermeras monitoras.

¿No se puede explicar todo esto, con la importancia de los dos años de estudios médicos y quirúrgicos, sus disciplinas y técnicas y la definición misma de la enfermera respecto al médico?

### *LO ESENCIAL ES NO SEPARAR EL CUERPO DEL ALMA*

¿Por qué esta enseñanza técnica otorga tanta importancia al cuerpo humano y a la enfermedad? Lo esencial es no separar el cuerpo del alma.

Con estas bases, la alumna enfermera no encuentra tiempo suficiente para ocuparse del enfermo o para tratar de comprenderle, para descubrir sus propias necesidades y tratar de solucionarlas. Muy pronto, y siguiendo el ejemplo de sus mayores, adoptarán la costumbre de hacer sus tareas materiales, pero evitando toda relación directa con el enfermo. Buscarán refugio en la técnica, porque al fin y al cabo, es algo más positivo y seguro.

La introducción a las ciencias humanas, es lo que da alma a todo trabajo o tarea material. A pesar de la importancia que se da a los aspectos técnicos de la enseñanza de enfermera, la vida y los sentimientos humanitarios están en peligro de desaparecer en las relaciones humanas del hospital.

Pero, ¿las ciencias humanas solamente pueden resolver los problemas materiales forzosamente planteados en los hospitales?

### *ESPERANZA DE CONSEGUIR UNA REFORMA EN EL ESPÍRITU*

El proyecto de reestructurar los estudios de enfermera ha sido ya propuesto, con la esperanza de conseguir una *reforma en el espíritu*, más que un mero cambio de los dos a los tres años de curso.

La enfermera del mañana, estará en condiciones de proporcionar enseñanza técnica, aportar al enfermo la ayuda y servicio que necesite. Pero otros nuevos campos de actividad, fuera de los hospitales necesitan enfermeras. Por tanto, la enfermera deberá encontrar su lugar apropiado en la ciudad con el fin de tomar parte activa en la prevención y educación sanitarias. La salud es cada día más costosa. El nivel de vida es cada vez más alto.

La educación de las gentes, trae como consecuencia mayor número de necesidades, por tanto, un número mayor de productos terapéuticos. El precio de la salud también aumenta con mejores posibilidades para cuidar al enfermo. Pero, ¿qué es lo que se hace para prevenir la enfermedad? Desde este punto de vista, debemos reconocer que nuestros esfuerzos por curar la enfermedad forman solamente una parte de la llamada recomendación del Contrato de los «Derechos Humanos». «El derecho a la salud, al cual aspiramos todos, es naturalmente el derecho de ser atendido al estar enfermo, pero también es, y lo es aún más, el derecho a evitar a estar enfermo».

Es necesario por tanto, una mayor amplitud en el campo de acción de la enfermera por parte de la Sanidad Pública. Su meta más importante, es el desarrollo de la persona y de la comunidad. Eso les corresponde a las enfermeras de los hospitales y a las enfermeras fuera del ambiente hospitalario. Esto requiere necesariamente una labor de equipo, y por consiguiente un equipo médico también.

Cada miembro se sentirá responsable y reconocerá los valores y aspiraciones de cada miembro.

Si el esfuerzo es la explicación de la inercia de las enfermeras, podemos muy bien preguntarnos ¿cuál será su lugar en el futuro frente a la evolución tecnológica?

¿Debemos convertirnos en técnicos muy especializados desempeñando el papel de «pequeño médico»? Pero incluso si los médicos nos animan en este sentido, lo más probable es que la mayoría de las enfermeras y de los enfermos, no estén de acuerdo con esto.

Por consiguiente, es esencial que durante la enseñanza de la enfermera en su vida profesional, pueda conseguir la oportunidad de considerar, observar a las personas en sus diferentes grupos sociales y resolver los problemas sanitarios que se presenten.

Durante ese período de enseñanza, se irá moldeando poco a poco ese comportamiento que adoptaremos más tarde en el curso de nuestra vida profesional.

La introducción a las ciencias sociales y la dirección de los cursos permitirá que la futura enfermera pueda desarrollar con absoluta competencia su puesto en la enseñanza, aconsejando a aquéllas que deseen hacer buen uso de sus conocimientos sanitarios para conseguir un mejor nivel de vida.

Si la enseñanza de la enfermera se limitase a la terapéutica, quedaríamos limitadas a un papel de técnico excluyendo de nosotras la posibilidad de ayudar a mejorar la vida de nuestros ciudadanos.

### *AYUDAR AL QUE SUFRE MORAL Y MATERIALMENTE*

Como señala el Profesor Valery Radot: «La medicina se ha endurecido lo mismo que se han endurecido la

mayoría de las actividades humanas; sin embargo, la verdadera misión de la medicina consiste en ayudar al que sufre moral y materialmente». ¿Quién tranquilizará al enfermo? ¿quién respetará su personalidad considerándolo como un conjunto de órganos y funciones?

La enfermera obtendrá un puesto privilegiado en este mundo tecnológico si es que acepta y encuentra el camino para saber vivir de acuerdo con él.

Para algunas enfermeras y enfermeras monitoras, la selección está ya hecha. Empleará la técnica como medio para ahorrar tiempo; tiempo que ellas dan al enfermo, y saber enfocar debidamente sus enseñanzas en la persona. Si la auxiliar de enfermera hace las camas y la toilette del enfermo, si el kineterapéutico reeduca, si el dietético receta, si el médico diagnostica y cura, la enfermera deberá proteger, amparar la unidad de los enfermos. Ella formará el puente entre el enfermo y la máquina, y los otros miembros del equipo del hospital.

Para hacer esto posible, urge desarrollar intensamente una enseñanza del espíritu y de la personalidad durante el período de estudios.

No hablamos de acumular conocimientos que no servirían más que para que la joven estudiante no encontrara más que confusión respecto al significado del papel de la enfermera concretamente.

La habilidad para razonar, investigar y crear, deberá desarrollarse durante este período. Estoy convencida, de que si ésto no llega a realizarse, seguiremos encontrando durante años, esas enfermeras sumergidas en la rutina desesperante, aspirando cada día a algo mejor y a comprender su razón de existir.

La enfermera, se cansa pronto de sus trabajos de un campo pequeño donde desenvolverse, excluyendo toda auténtica responsabilidad y también dejando que las tareas técnicas ocupen la mayor parte de su tiempo.

## ENSEÑANZA CONTINUADA Y PERMANENTE

Parece evidentemente necesario al mismo tiempo, una ayuda profesional para la enfermera para afrontar sus problemas y dificultades. En realidad es junto a ellas donde se forman las alumnas jóvenes y en ellas deben encontrar el modelo. Debemos emplear las oportunidades de una enseñanza continuada y permanente. Al principio, la enseñanza continuada acapara todo lo acumulado durante muchos años. Pero pronto ésto se va ampliando en una comprensión y progreso mayores. Otorga a la enfermera la oportunidad de valorizar sus experiencias, y en todo lo relacionado con una enseñanza mejor de su profesión.

No formemos parte de aquellos que dicen: «¡siempre lo hemos hecho de esta manera!», «¡nunca hemos hecho la otra!».

No necesitamos una gran imaginación, para sentir los efectos de estas palabras en las alumnas jóvenes. Actualmente, los experimentos se encuentran en los servicios muy especializados donde una «enseñanza sostenida» es la que se da a todo el personal sanitario del servicio. Cuando la enfermera forma parte de ese equipo, llega a conseguir el máximo de este programa de enseñanza.

De este modo las enfermeras consiguen la máxima satisfacción en su trabajo. Esta enseñanza exige una educación auténtica y las prepara para adquirir el gusto de mayores y más importantes estudios durante su vida profesional.

Cuando se agrupan las enfermeras según el criterio de talento físico o psíquico, y no en su habilidad para saber adaptarse y enfocar lo humano, pierden entonces su espiritualidad. Indudablemente, es esta una de las razones o motivos, de la escasez actual de enfermeras, de la que tanto se habla, en estos últimos años. Pero no seamos demasiado pesimistas.

Estamos evolucionando y llegando a una transformación. Confío en que ustedes lo piensen también. Por ejemplo, la enfermera responsable de un centro de reanimación, con un hospital de 2000 camas, que desean mejorar.

En ese servicio, de gran calidad técnica, y donde los médicos y estudiantes están en activo día y noche, donde existen todos los equipos necesarios para operar en todo momento, donde se emplean equipos especializados, la enfermera responsable o jefe de enfermeras es el alma de ese equipo.

En medio de la ansiedad de aprender, de las estudiantes y alumnas de la reanimación por encima de todo, la enfermera les recuerda posiblemente alguna que otra limitación. Entre aquellas familias que esperan ansiosas, ante el estupor de aquellos aparatos, la enfermera es como un bálsamo, que da ánimo, que comprende el cansancio, que conoce su trabajo y el de las enfermeras por haberlo hecho ella misma anteriormente como alumna.

La enfermera jefe que uno desearía, ¿no es esta disponible para los demás, para la vida, suave y tolerante con su equipo haciendo las relaciones más humanas para conservar la personalidad?

Lamentamos tener que abandonar la figura de la enfermera jefe, para considerar los últimos fines que proponemos para la evolución de nuestra profesión, con respecto a una mayor madurez.

En una época, en que Munich está en el oído de todos, y a la vista también de todos, ¿cómo es posible que el papel de la enfermera no esté bien conocido por el público? ¿No es acaso posible educar a este público? Es cierto; siendo la enfermedad y la muerte un obstáculo para la evolución de este mundo, existen muchos que prefieren encontrar la tranquilidad mejor en el progreso de la ciencia y de la medicina, que en tratar de averiguar ellas mismas, las necesidades de los enfermos

y conocer mejor las personas que pueden satisfacer esas necesidades. Cuando los hospitales abren sus puertas al público, los visitantes se preocupan más del confort material a disposición de los enfermos, que de la calidad de las personas encargadas de hacerles recuperar la salud.

La información que se da al público por la prensa radio, televisión nunca está presentada por enfermeras profesionales. Generalmente no saben informar con exactitud. Las enfermeras deberían escribir en la prensa y no los médicos.

En cuanto al ambiente escolar, la información podría proporcionar una mejor orientación a los estudiantes que están buscando su camino. Las asociaciones de Padres de familia pueden ser también centros de información.

Y ¿qué diremos de las asociaciones profesionales a las que tan pocas enfermeras pertenecen? Sin embargo mantienen diálogos con las autoridades con las que necesitan trabajar, siendo esto imprescindible para llegar a conseguir las modificaciones que tanto deseamos.

## CONCLUSIÓN

Es indiscutible que los deseos de las enfermeras y sus aspiraciones son múltiples. Pero deberán actuar con

seguridad, para establecer un equilibrio entre el desarrollo técnico, y el propio desarrollo de la personalidad de la enfermera.

Si es que existe alguna evolución en ese sentido ¿podrán todas las enfermeras seguirlo? El progreso técnico y científico empleado a nuestro servicio permitirá a la enfermera no dejarse esclavizar por él.

No olvidemos, que las técnicas son formas y medios; el hombre debe entregarse a ellas como a una meta. Nuestra profesión, deberá buscar y anhelar toda transformación y evolución necesarias para permitir que las enfermeras se adapten a una conducta y a conseguir un mejor desenvolvimiento personal seguido todo esto de una presencia más auténtica frente al enfermo.

Las jóvenes estudiantes tienen que luchar contra sus familias para que les permitan seguir sus estudios. Esta profesión, mal conocida, mal apreciada ¿llegará de este modo a encontrar su verdadera realidad?

La faceta auténtica de la enfermera en la actualidad, ¿no es acaso, una doble exposición: La Hermana y la joven independiente. La primera con su abnegación y sus sentimientos por el hombre enfermo, la otra, con su entusiasmo y perfecto conocimiento de las técnicas modernas?

Como Mr Cotinaud explicó a algunas de nosotras: «El niño dice: algo se está cambiando en mí; pero el adulto dice: Yo cambio porque todo lo de mi alrededor, está cambiando».

## Labor Hospitalaria

Tenemos a disposición de nuestros suscriptores

los números de los años 1969 - 70 - 71 reunidos en un solo volumen

*PÍDALO USTED*

**LABOR HOSPITALARIA**

**Curia Provincial, Hnos. de san Juan de Dios**

Avda. Gralmo. Franco, 547

BARCELONA 14

# ASPECTOS DE LA DIRECCION DE PERSONAL EN HOSPITALES

Por M. PEÑA-BAZTAN

Psicólogo Industrial

Director de Personal de Henkel Ibérica, S. A.

Texto de la conferencia pronunciada en la Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona.

## SUGERENTE CAMPO DE ANÁLISIS

La oportunidad que gentilmente me han concedido los organizadores de estas sesiones para participar en ellas, ha abierto en mí un sugerente campo de análisis, hasta este momento inadvertido. Me refiero concretamente a los aspectos y tratamiento de la dirección de personal en los centros hospitalarios. Aclaro que no conociendo el problema desde dentro del mismo, voy a consignar aquí unas impresiones personales, que no tratan de ser juicios de valor. Como ustedes saben, la cúspide de la pirámide de necesidades profesionales del responsable del personal, en orden a una conducta convenientemente motivada y efectiva en el plano profesional, está ocupada por los aspectos que globalmente denominamos «Gestión o conducción del Personal». Se compone de criterios de psicología y psicología tendentes a la consecución de un buen clima de trabajo, además de estudios para la determinación de políticas y la realización de análisis previsionales. Este tipo de motivación del profesional de Personal aparece por encima de sus motivaciones administrativas y de control, legales-laborales y técnicas, por este orden. Como señala Maslow en sus análisis sobre las motivaciones humanas, éstas también son sucesivas y jerarquizadas y no suelen aparecer las superiores hasta que no se han resuelto las primeras. En un centro hospitalario, intuyo que los aspectos psicociológicos deben ser de una complejidad y una fuerza, y hasta de un dramatismo, apasionantes para el investigador y el profesional, por la misma complejidad de sus estructuras. Porque al contrario que en las empresas industriales, en las que por lo general la plantilla se compone de un sector mayoritario que no siente ni se solidariza apenas con su responsabilidad individual ni con la colectiva de la firma, y en las que los titulados

constituyen solamente una minoría, en los centros hospitalarios, por el papel que juegan de baluartes de la salud como bien social, el sentido de la responsabilidad de los componentes de sus plantillas ha de ser total. Por otra parte el sector mayoritario se compone de facultativos y titulados medios.

Añádase a todo esto y como elemento determinante de las características especiales a que aludo, la particularidad de que, al contrario de la empresa normal, en la que el cliente está prácticamente excluido de su vida interna, en los hospitales, los enfermos participan activamente en la misma en un régimen de convivencia estrecho que, con más o menos amplitud, pienso que se manifiesta en todos ellos. Abonan esta idea situaciones que ha aireado la prensa, en las que los enfermos se manifiestan apoyando o desautorizando determinadas posturas del personal o de las direcciones de hospitales, en recientes conflictos.

Por otra parte la difícil y superior función del médico y la gran responsabilidad con que carga al realizar su trabajo, unida en muchos casos, supongo, a los abrumadores problemas que en él provocan el pluriempleo y la dispersión laboral, pueden configurarlo en ocasiones como un profesional sujeto a fuertes tensiones, al menos mientras los sistemas actuales de ejercicio de esta profesión subsistan.

## DOBLE JERARQUÍA

Pierre Badin, al referirse al tema de la vida social de los grupos hospitalarios, dentro del contexto de la psicociología, señala la necesidad de insistir sobre una circunstancia de sus estructuras: comportan una doble

jerarquía. Una administrativa o burocrática. La otra clínica. Algunas otras colectividades laborales, se encuentran con circunstancias similares; y la complejidad de los problemas de las relaciones jerárquicas y profesionales son bien conocidas de los especialistas en organización de empresas. Pero en los medios hospitalarios, a este problema se le añaden trazos particulares y originales. En efecto, en uno de los sistemas jerárquicos —dice Badin—, que se ha cualificado como «no terapéutico», el fundamento de la autoridad y el prestigio consiste en un rango administrativo. En el segundo sistema, el terapéutico, se basa en un grado de conocimientos, de competencia profesional que está unido a un cierto nivel de formación y de práctica y experiencia médica.

Por supuesto, las normas de conducta y las escalas de valores de ambos sistemas son diferentes. Ciertamente, los dos estarán orientados hacia la atención del enfermo, pero el comportamiento de la jerarquía administrativa está sobre todo dictada por consideraciones de organización general y de economía, mientras que el sistema clínico sitúa en primer lugar el servicio y la atención inmediata y adecuada a los enfermos. De esta forma, serias divergencias pueden aparecer entre los objetivos administrativos y terapéuticos. Los miembros del sistema clínico tratarán de hacer prevalecer sus opiniones, basándose en exigencias de atención a los enfermos, empleando argumentos que el «sector burocrático» no entiende en ocasiones. Pero la verdad es que ambos sistemas son interdependientes y a veces sitúan a ciertos grupos bajo una doble subordinación, generando conflictos. Tal sucede con las enfermeras cuya situación se complica aún más, porque se hallan sometidas asimismo a un tercer cauce de demandas, que procede de los enfermos.

En Francia se pensó atenuar estos problemas confiando a los médicos las responsabilidades administrativas, sobre todo en los sanatorios y en los centros psiquiátricos. Pero como señalan Caudill y Gabrielle no siempre esta medida ha evitado los conflictos. En ocasiones, según estos autores, a los ojos de sus colegas, en el médico-director, tiende a prevalecer la función administrativa sobre la función médica. De hecho, son dos funciones distintas que requieren aptitudes y roles diferentes y cuya integración en la misma persona, no es siempre fácil.

Todo esto no es una novedad para ninguno de ustedes, pero parece conveniente señalarlo como punto de partida del tema y para matizar la «complejidad» que todos admitimos existe en las estructuras hospitalarias.

Por otra parte, el hospital no suscita únicamente problemas de relaciones e interacciones entre los individuos y los grupos. Surgen fuentes de tensiones como consecuencia asimismo de las pocas posibilidades de promoción, para plantillas que por su formación son potencialmente promocionables. También de las cuestiones de prestigio y status (uniformes, horarios especiales, dife-

rentes comedores y salas de descanso), así como por los defectos o lagunas en la información y las comunicaciones, difíciles de difundir en estas organizaciones tan complejas.

De todo lo expuesto, se deduce que la labor de un Director de Personal en los centros hospitalarios, como colaborador de la línea «no terapéutica», tiene que resultar dura y difícil. Me atrevo a pensar que para triunfar en ella, deben requerirse unas condiciones personales, además de las profesionales, muy sobresalientes. La psicología puede prestar a estas personas indudables apoyos. Dentro de lo que esta ciencia nos brinda por su interés, creo que podemos referirnos aquí, aunque el espacio de que disponemos nos obligue a hacerlo con premura, a algunos de sus aspectos. Todo ello está orientado hacia la vida industrial. Los lectores deberán tratar de obtener conclusiones sobre su eventual aplicabilidad a los problemas hospitalarios.

### ESTILO DE MANDO

Actualmente, una cuestión importante, determinante diría, para la vida de las comunidades laborales, es el estilo de mando. El tipo de dirección autocrática, con una fuerte concentración de poder, cada día es menos válida. Hoy en día, la «dirección por coacción» ha sido sustituida por la «dirección por persuasión». La autoridad ha dejado de ser un fin para convertirse en un medio. «Los sistemas modernos no carecen de autoridad; la tienen firme y exigente, pero al apoyarse en los hombres y en sus necesidades de mejora y autorealización, ejercen su influencia por medios en los que la violencia no desempeña ningún papel», señala Mc Gregor.

Ahora el acto de mando debe ser aceptado por las cualidades técnicas y humanas que posea el jefe y por la positividad intrínseca de lo mandado. Cada día, en las comunidades laborales, importa más la funcionalidad que la jerarquía. No pretendemos olvidar que toda agrupación humana suele estar organizada jerárquicamente, aunque sí deseamos insistir en que la aceptación del mando ya no es un hecho incontrovertible, sino una consecuencia del grado de madurez y competencia del que ordena. Recordemos que el oficio de jefe no quiere decir únicamente que se posee un nivel técnico o de conocimientos, superior al de los subordinados, sino que, además, requiere una dimensión humana para proyectarse positivamente hacia un conjunto de personas, a las que hay que dar participación en la búsqueda de soluciones válidas. Meditemos sobre la posición del hombre que trabaja, independientemente de cual sea su nivel. Sus objetivos laborales aparecen complicados por una serie de objetivos personales, no siempre compatibles con los primeros. En ocasiones, los fines de la empresa únicamente son medios para conseguir los propios fines personales. Esta postura, lógicamente, entra

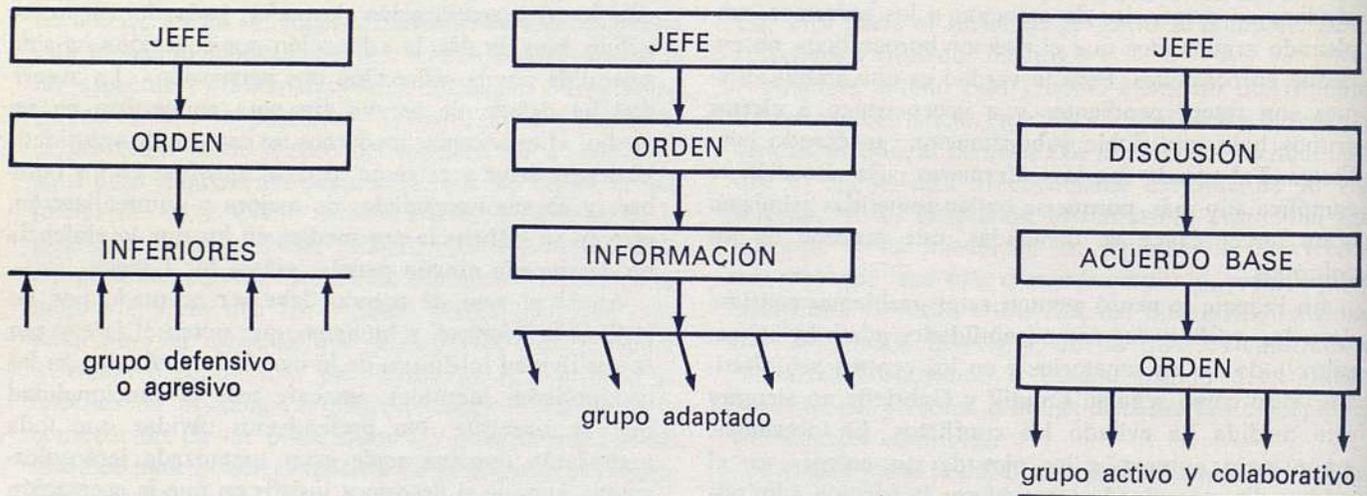
en colisión con los objetivos de la línea, determinada por criterios de eficacia e integración del personal.

La investigación humana aplicada al problema de las actitudes, a través de los experimentos de Lewin, y los estudios de Fiedler y Bass, señala la necesidad de dar al trabajador lo que se ha llamado participación psicológica en las decisiones. Nos referimos a la participación en la responsabilidad, con la que se obtiene más integración, mayor autodisciplina y superior colaboración activa en sustitución de la pasiva, que únicamente actúa cuando el jefe está presente y bajo una disciplina rígida.

### PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS EN LA RESPONSABILIDAD

En el interior de un grupo, e incluso de una comunidad, ya sea o no industrial, para identificar las actitudes y los objetivos de sus miembros, no basta con ofrecerles mucha y buena información aunque esta sea totalmente necesaria. Es preciso darles alguna forma de participación en las decisiones que se relacionen, sobre todo, con sus hábitos laborales y sus tareas.

Mediante estos gráficos podemos apreciar que una de las bases de la buena conductibilidad de los grupos



es la participación de los mismos en la responsabilidad, alcanzando con ello una mayor integración.

La decisión conjunta, señala Maier, es uno de los sistemas más positivos para integrar a un grupo en un objetivo común. Esto no significa entregar necesariamente las decisiones empresariales a una votación simple, ni convertir, hoy por hoy, la fábrica en una democracia, sino que permite a los mandos integrar al grupo, representando ante él objetivos colectivos y superiores. La participación en las decisiones es perfectamente compatible con una estructura laboral jerarquizada. A cada escalón de la misma le corresponde un ámbito de decisión y es sólo para este ámbito concreto para el que se propone la participación.

Hay otro aspecto complementario, demostrado por las experiencias realizadas. Los grupos sometidos a estilos de mando participativos, encuentran más satisfacción en su trabajo que los que dependen de mandos autoritarios. Además, y esto es importante en donde existen comunidades laborales compuestas por mayorías de especialistas y profesionales muy cualificados, la creatividad y la iniciativa son mucho más altas con estilos de mando democráticos que bajo los autocráticos.

### ESTRUCTURA DE LOS GRUPOS

Un grupo humano no es una simple yuxtaposición de unidades: existen relaciones definidas entre estas unidades y estas relaciones, no parece a priori, que deban ser simplemente uniformes y simétricas.

En los grupos artificialmente constituidos, como sucede en la industria y en la milicia, un tipo de estructura está establecida y puede ser cómodamente imaginada mediante un esquema, que, en los ejemplos mencionados, será el orden de batalla y el organigrama. Pero incluso en estos casos es cierto que la organización oficial, no agota la red de relaciones entre las unidades del grupo. En efecto, existe una cierta estructura afectiva:

«Todo grupo comporta relaciones de simpatía, antipatía e indiferencia». Bajo un cierto aspecto, esta estructura afectiva es la que explican Moreno (creador del «test sociométrico») y sus discípulos. El citado test pide a cada individuo expresar sus elecciones y sus repulsiones: A la vista, por ejemplo, de una excursión que va a celebrar la Empresa, ¿junto a quién y junto a quién no le agrada sentarse en el autobús? Estas y otras preguntas similares permiten fijar dentro de un grupo, mediante un esquema o «sociograma», la estructura afectiva del mismo. El conjunto de respuestas en el grupo a cuestiones similares permite señalar a los «estrellas» individuos hacia los que convergen las elecciones positivas, «aislados», «rechazados», «parejas mu-

tuas» con elecciones recíprocas, triángulos, «cadenas». La comparación de sociogramas hace resaltar estructuras sociométricas muy integradas, flojas, etc. Permite, respetando las necesidades de la producción, situar convenientemente a las personas para que encuentren el mejor ajuste posible en el grupo.

Moreno había notado que en los juegos de los niños, en los jardines públicos de Viena, se producían situaciones características: ciertos niños se reunían en grupos homogéneos. Otros tomaban el mando de un grupo y eran seguidos por sus compañeros. Otros permanecían aislados. Posteriormente, en un campo de refugiados en Suiza, durante la primera guerra mundial, Moreno que participaba en su administración observó estos mismos fenómenos y comprobó que el equilibrio psicológico de los internados era mejor cuando se les permitía agruparse según sus afinidades en lugar de reunirlos autoritariamente. Estas observaciones, confirmadas por encuestas posteriores, fueron la base de un principio, expuesto por él según el cual la estructura profunda de un grupo social consiste en una serie de redes de atracción y de repulsión entre los individuos; consecuentemente, si se quiere analizar un grupo social, es preciso establecer cómo se estructuran estas redes. Este es el objetivo asignado al test sociométrico.

En la práctica, el test consiste en invitar a cada uno de los miembros de un grupo a expresar confidencialmente, según una escala de preferencias que se le propone, sus sentimientos de atracción, repulsión o indiferencia respecto a los otros miembros del grupo, en función de un criterio determinado (convivencia social, trabajo, esparcimientos, etc.). Los resultados obtenidos son representados en una tabla de doble entrada (en la parte vertical los nombres del grupo y en la horizontal sus manifestaciones) o bajo la forma de esquemas llamados sociogramas, en los que, su observación permite apreciar la cohesión del grupo estudiado y la situación de cada componente en relación con los demás.

#### ELABORACIÓN DE UN SOCIOGRAMA

El principio de elaboración de un sociograma es el siguiente: cada miembro del grupo se representa por un pequeño círculo y cada elección (positiva o negativa) por una flecha. Se pueden trazar sobre un mismo esquema las redes de atracción y repulsión, las primeras en trazos rojos y las segundas en negro. Si el grupo es numeroso, se pueden hacer dos sociogramas distintos: uno para las preferencias y otro para los rechazos.

Las configuraciones resultantes son diversas. Las más frecuentes son:

- El par, constituido por elecciones recíprocas de dos personas.
- El triángulo, grupo de 3 individuos, en el que A elige a B, B a C y C a A.

— La cadena, con una representación lineal de elecciones sin reciprocidad: A elige a B, que elige a C, que elige a D, etc.

No es raro que ciertos individuos obtengan un amplio número de elecciones. Se obtiene así una configuración en estrella, que hace sobresalir los «líderes sociométricos». Entre ellos hay que distinguir los populares (elegidos por un gran número) y los influyentes (elegidos por pocos pero que, a su vez, recogen muchas elecciones).

Otros no recogen sino indiferencia (aislados, solitarios) y algunos son sistemáticamente rechazados.

El nudo de relaciones que se constituye alrededor de cada individuo, es llamado «átomo social-individual» y está considerado como la más pequeña estructura social.

Moreno ha descrito con detalle las experiencias sociométricas que efectuó entre 1932-33 en un establecimiento de reeducación para jóvenes de Hudson, en el Estado de Nueva York. El test fue administrado en relación a un criterio de convivencia a las 500 pensionistas, que vivían repartidas en 16 pabellones diferentes. Fue también aplicado bajo un criterio laboral a aquellas que trabajaban en la lavandería. Estas experiencias fueron seguidas de una «reconstrucción sociométrica» de grupos de convivencia y grupos de trabajo; es decir, las jóvenes fueron reagrupadas según las preferencias recíprocas que habían manifestado. Se obtuvo, como consecuencia, una clarísima mejora en el ambiente de aquel Centro.

Posteriormente, el test se aplicó en las escuelas, en los centros hospitalarios y también en el Ejército, para la constitución de secciones homogéneas, la mejora de las comunicaciones entre las unidades y la Selección de suboficiales. Experiencias particularmente sorprendentes por sus resultados fueron hechas entre el personal de vuelo de la aviación de guerra americana durante la última guerra mundial. Infield ha utilizado este método sistemáticamente en las cooperativas agrícolas de U.S.A., del Canadá e Israel.

¿Se puede utilizar en las comunidades laborales? Evidentemente sí, aunque su aplicación aún no sea fácil. Hay experiencias reveladoras al respecto, como la efectuada en U.S.A. por el sociólogo americano Van Zelst en la industria de la construcción. La realizó sobre dos grupos, uno de 38 carpinteros y otro de 36 albañiles que se conocían ya después de haber trabajado juntos en una obra. A cada uno de ellos le fue solicitado designar, por orden de preferencia, 3 de sus compañeros que desearan tener como camaradas de trabajo. Fueron después reagrupados en orden a sus preferencias dentro de las posibilidades que ofrecía el nuevo trabajo al que iban a ser asignados. Después de un período de 11 meses se compararon los resultados y se comprobó que eran netamente favorables: la producción había sido más alta y en particular, se registró un ahorro en materiales del 5 % en el costo total de la producción y una reducción sensible en la rotación habitual. Van Zelst indica que

las aptitudes profesionales pudieron ser uno de los criterios sobre el que se basaron los interesados para seleccionar a sus compañeros, pero comprobó que la mejora de las relaciones interpersonales había ejercido una influencia ciertamente favorable creando una atmósfera que provocó una cooperación general en el trabajo.

#### *TENER EN CUENTA LAS CUALIDADES SOCIALES DE LOS GRUPOS*

Ha de admitirse, que la constitución de los grupos de trabajo no debe fundarse únicamente sobre las capacidades técnicas de los individuos, sino también sobre sus cualidades sociales. En otras palabras: la ubicación de los trabajadores no debe ser considerada únicamente bajo el aspecto profesional. En un equipo donde sus componentes se entiendan bien, habrá buena moral y rendimientos mejores que en un grupo formado al azar. Esto, bien entendido, en ambientes laborales normales. En otros politizados o en los que se lleve a cabo una fuerte lucha sindical, estas afirmaciones deberían revisarse.

#### *OPORTUNIDAD. PREPARACIÓN. EXPERIENCIA*

¿Es posible aplicar este método fácilmente? No. Hay que buscar la oportunidad. El sistema clásico del cuestionario, es difícil de introducir en nuestro país. Se puede hacer, a mucho más costo de tiempo, mediante entrevistas.

En cualquier caso, son precisos una preparación y experiencia adecuadas y el conocimiento del método y de sus principios teóricos.

¿Qué consecuencias podríamos obtener de todo esto, que tuvieran alguna aplicación al problema del Factor Humano en los centros hospitalarios, que nos ha reunido durante estos días?

Destaquemos que existen aspectos positivos: De una parte, el carácter vocacional que casi siempre acompaña el ejercicio de la medicina; y otra, la tendencia natural de las personas que trabajan a procurarse satisfacción

en su tarea, independientemente de la actividad a que se dediquen. Todo esto, convenientemente canalizado, supone un inapreciable aspecto positivo en orden a la motivación personal. El facultativo quiere autorrealizarse, personal y profesionalmente, en el ejercicio de la actividad que ha elegido. Y este ejercicio, seguramente donde mejor podrá realizarlo es en un centro hospitalario, en el que dispondrá de instalaciones y equipos humanos necesarios, siempre dispuestos, bien entrenados y formados.

Todo esto será verdad sin embargo, únicamente, cuando exista una cierta identificación de sus fines personales con los fines de la institución, aparte, como es lógico, de las finalidades curativas y de asistencia sanitaria de ambos, que se dan por sentadas. Es decir, cuando este personal llegue a integrarse en la institución en la que presta sus servicios.

A este nivel, la integración que, como factor positivo que es, produce satisfacción y evita tensiones, es, consciente o inconscientemente, buscada por los profesionales. Si no se produce es debido a una serie de causas, entre otras tal vez algunas de las incluidas en la iniciación del tema. Tengo la impresión sin embargo, de que ciertos problemas humanos hospitalarios, podrían mejorarse en aquellos centros donde los padezcan, dando el contenido adecuado a las proyecciones jerárquicas mediante estilos de mando convenientes, procurando la participación del personal en la búsqueda de soluciones válidas y estableciendo o mejorando las redes de comunicación e información. Una adecuada estructura, como resultado del acuerdo de opiniones entre la línea terapéutica y la burocrática, podría ser la base, sobre la que se afirmarían estas acciones.

Insisto, todas estas observaciones están dadas, con más audacia que conocimientos reales de las particularidades de los problemas hospitalarios, pero también, ciertamente, con la mejor voluntad y la esperanza de que al menos despierten el deseo de analizarlos convenientemente en aquellos que verdaderamente los conocen, que son ustedes.

Como resumen de todo lo escrito y parafraseando a Stephan Cambien: Admitamos que en las comunidades laborales no se puede gobernar a los hombres, sino dirigir a hombres que se gobiernan a sí mismos.

# INTERESANTES DECLARACIONES DEL MINISTRO DE TRABAJO DON LICINIO DE LA FUENTE

El desarrollo y evolución de los objetivos que, a compás de los imperativos sociales del mundo actual, impulsan en España a la Seguridad Social en su gran cometido de la asistencia facultativa en la enfermedad y el infortunio, plantean situaciones de transición cuya complejidad deriva, forzosamente, en confusión o inquietud de los médicos afectos a la normativa de los organismos directivos, organizadores o gestores de dicha asistencia. «Profesión Médica» ha considerado, como un deber informativo, acudir en ruego de aclaraciones sobre principios fundamentales a la indudable autoridad del señor ministro de Trabajo, don Licinio de la Fuente, cuya alta competencia en materia socio-sanitaria y excelente disposición para favorecer las aspiraciones de los sanitarios, vienen patentizándose en sus discursos, diálogos y disposiciones. Y, en efecto, el señor ministro ha aceptado, con sencilla y simpática cordialidad, la entrevista con nuestro director, don Enrique Noguera, al que, con la rápida fluidez que caracteriza a quien está «muy bien enterado» de los problemas, ha respondido con claras contestaciones a todas ellas —sin esquivar ninguna por incisiva o de fondo que fueren— de las preguntas formuladas en la siguiente entrevista que hoy tenemos el honor de brindar a nuestros lectores, expresando, al frente de ellos, nuestra gratitud a don Licinio de la Fuente, por su deferente amabilidad como amigo y como ministro.

---

*Señor ministro: Desde 1946, fecha de implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, hasta hoy, en que la Seguridad Social significa un concepto distinto del primitivo, la asistencia sanitaria en los seguros sociales ha evolucionado. ¿Podría informarnos sobre su concepto personal acerca del carácter de dicha evolución y las perspectivas de la misma?*

Desde el 1 de septiembre de 1944, día en que se inició la puesta en funcionamiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad, hasta nuestros días, la asistencia sanitaria, entonces a cargo de aquel Seguro Social, ha evolucionado notablemente, sobre todo al integrarse en un solo sistema general de Seguridad Social como es el nuestro. La creciente y progresiva complejidad técnica de la Medicina y la extensión y crecimiento de la red de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social han sido, a mi juicio, los dos factores principales de la evolución.

El primer factor ha condicionado la necesidad del trabajo en equipo a fin de superar las limitaciones individuales en el dominio de las cada vez más numerosas avanzadas técnicas de la Medicina y la Ciencia actuales, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica; permitiendo disponer del equipamiento preciso para un adecuado y completo ejercicio profesional. Las exigencias de la salud, unidas a una mayor consciencia del enfermo y un cada día más acentuado sentido de lo social, han llevado a hacer indispensable y a veces urgente el desarrollo intensivo y multiplicado de las Instituciones Sanitarias, sobre todo las de tipo hospitalario si se quiere llevar a cabo una asistencia sanitaria acorde con el tiempo en que vivimos. En definitiva, *la asistencia sanitaria se ha institucionalizado y hoy son las instituciones sanitarias de distinto carácter, con sus equipos de facultativos y sus dispositivos instrumentales, las que van concentrando todos los medios necesarios para ejercer una Medicina realmente eficaz y de alto rendimiento.*

Ello no supone que desconozcamos, sino al contrario, lo concibo compatible con la potenciación e importancia decisiva del médico de cabecera, figura que algunos pensaban que estaba llamada a desaparecer y que hoy, sin embargo, es resaltada en el mundo entero.

*Los Médicos del Seguro trabajan conforme a normas reglamentarias, por cuyo incumplimiento pueden ser sancionados; actúan en instalaciones, propias o concertadas, cuyo equipo es, directamente o mediante el alquiler, del patrimonio del Seguro, y sus retribuciones no son producto de un pacto entre clientes y facultativos, sino que están legalmente tasadas, lo cual excluye el carácter lucrativo de sus servicios. Si estas tres circunstancias, características, del socialismo, se diesen en cualquier ramo de la producción del país, diríamos que se ha socializado. En vista de ello, ¿cree usted que la Medicina española en los seguros sociales está socializada?*

Yo siempre prefiero hablar de Medicina social, es decir, de Medicina al alcance de todos, no de Medicina socializada. Y no creo, sinceramente, que pueda decirse que la Medicina española en la Seguridad Social que está socializada. Ni puedo compartir su afirmación de que las tres circunstancias que usted menciona sean «características del socialismo». El socialismo, a mi juicio, requiere otros requisitos políticos y organizativos que no se dan en absoluto en España.

Buena parte de los principios de la llamada Medicina liberal son aceptados en parte por la Seguridad Social con los condicionamientos que exige, de un lado, la organización y las exigencias de la actual Medicina en el mundo entero, y de otro, las que también inevitablemente se derivan de un sistema de Seguridad Social que, con aportaciones comunitarias, ha de organizar un sistema de asistencia muy complejo y al alcance de todos.

Por otra parte, el médico se integra voluntariamente en la organización sanitaria de la Seguridad Social, y en ella percibe unos honorarios por sus servicios. Esto mismo, aunque los sistemas de remuneración sean distintos, es lo que ocurre en la mayoría de los sistemas de Seguridad Social e incluso en otras organizaciones sanitarias, y no por eso decimos que la Medicina en la Universidad, o en el Ejército, o en la Justicia, por ejemplo, esté socializada. *La socialización de un bien, de unos medios de producción o de todo un sistema, exige otros requisitos.*

*Si no cree usted que la Medicina esté socializada. ¿Cómo calificaría usted el ejercicio de la profesión bajo tales supuestos?*

Indudablemente se ha pasado de una Medicina liberal, e individualizada, a una Medicina social e institu-

*cionalizada, expresión del derecho a la salud con carácter irrenunciable para todos los ciudadanos del país, sin distinción de clase ni economía.*

Pero todo esto no quiere decir en modo alguno que el ejercicio de la profesión médica no haya de discurrir por los cauces imprescindibles de dignidad profesional y deontológicos que han de mantenerse siempre, si se quiere alcanzar lo que es como la esencia y razón de ser de la profesión médica y exigencia ineludible de una buena Medicina.

Creo que en alguna ocasión he dicho que la propia Medicina, con sus avances técnicos, con el nuevo instrumental y las cada día más costosas instalaciones que son necesarias, y la imprescindible conjunción de medios de diagnóstico y tratamiento muy complejos y especializados que lleva inevitablemente a la actuación del médico «en equipo», ha proporcionado y estimulado esta evolución hacia la medicina social e institucional. Creo que sólo por esas vías puede hacerse en nuestro tiempo con carácter general buena Medicina, y en este sentido la Seguridad Social ha contribuido y está contribuyendo a la realización de una buena medicina en España. Los médicos encuentran en ella la posibilidad de realizarse vocacionalmente y los enfermos la asistencia que necesitan, con independencia de sus posibilidades económicas.

*¿Podría informarnos el señor ministro acerca del número real de personas que perciben asistencia sanitaria por cuenta de la Seguridad Social total o parcialmente, incluyendo los afiliados al Régimen General, al Régimen Especial Agrario, a las Mutualidades Autónomas, o a las de Seguro Escolar, Servicio Doméstico, Sistemas Especiales, como conserva y otros, Instituto Social de la Marina, Trabajadores Portuarios, Obreros Agrícolas Autónomos, Pensionistas de la Seguridad Social, etc.? ¿Sería demasiado pedirle la clasificación de asistidos por las diversas denominaciones aludidas?*

Con mucho gusto le facilitaré los datos que me pide y, por supuesto, debidamente ordenados según las clasificaciones más corrientes, en los diversos grupos que de ellos suelen hacerse:

Número de personas protegidas en el Régimen General . . . . .	19.711.621
Número de personas protegidas en el Régimen Esp. Agrario:	
Trabajadores agrícolas por cuenta ajena . . . . .	3.395.545
Trabajadores agrícolas por cuenta propia . . . . .	2.923.369
Pensionistas . . . . .	995.957
Número de personas protegidas en el Régimen Esp. del Mar . . . . .	130.519
Número de personas protegidas en la Mutualidad Nacional de Empleados de Hogar . . . . .	214.028
Número de personas protegidas en el Seguro Escolar . . . . .	156.367
Total . . . . .	27.527.406

*Por ministerio de la Ley, existe una separación entre el Seguro de Enfermedad, el de Accidentes de Trabajo y la asistencia a los pensionistas, sin embargo, en la práctica, muchas veces se presta por los mismos cuadros la asistencia sanitaria y, en otras ocasiones, parece que la Obra «18 de julio» va a cesar de asistir a los pensionistas; pero las condiciones de trabajo e incluso las remuneraciones de los facultativos difieren de unos casos a otros notoriamente. Los médicos están intranquilos y desorientados. ¿Qué podría decirnos el señor ministro respecto a la contradictoria situación expuesta sobre la temida absorción de la Obra «18 de Julio» por la Seguridad Social?*

Es evidente que debemos procurar una mayor integración y homogeneización de la asistencia sanitaria de toda la Seguridad Social, pero no podemos olvidar que se ha partido de situaciones diversas que han creado derechos adquiridos que no se pueden desconocer. No sólo la asistencia sanitaria, toda la Seguridad Social está experimentando la evolución desde unos seguros sociales parciales y dispersos, hacia una concepción total e integradora. Esta evolución no es fácil y hay que hacerla con prudencia y respeto para quienes se ven afectados en el cambio.

La Obra «18 de Julio» está integrada ya por Decreto en la Seguridad Social y prestará directa o fraccionadamente asistencia sanitaria a los colectivos que se determinen, con el más absoluto respeto de los derechos adquiridos y situaciones establecidas del personal facultativo y auxiliar sanitario de la antigua Obra Sindical.

En todo caso, me interesa aclarar que *por ahora no es posible establecer en los sistemas de remuneración del personal sanitario al Servicio de la Seguridad Social, una uniformidad absoluta* aunque se procuran criterios objetivos lo más justos y unitarios posibles. Hay, sí un paralelismo, limitándose las características diferenciales a la naturaleza del sistema, ya sea mediante un coeficiente capitativo, ya por sueldo fijo en función de la categoría y del horario de trabajo, ya por acto profesional, etc., en algunos casos. Otras veces las diferencias derivan, como le decía antes, de situaciones adquiridas cuando no había un sistema integrado de Seguridad Social al que poco a poco vamos llegando.

*El señor ministro viene exaltando, con tanta elocuencia como acierto, el predominio de los valores humanos en el ejercicio de la Medicina, y propugnando lo que, con frase muy expresiva, ha llamado humanización de la Medicina. No obstante, se ha gestado una reforma de la asistencia sanitaria en la Seguridad Social, cuyos reglamentos hechos públicos estos días están despertando el interés de los afectados, reforma que tiende a la tecnificación de la Medicina en la Seguridad Social, mediante la llamada jerarquización de Instituciones, cuyo funcionamiento se plantea con un organigrama concreto*

*y rígido donde resulta difícil encajar las ideas de reciproca confianza y libertad de relaciones médico-enfermo. ¿Podría informarnos el señor ministro cómo se ha previsto compaginar la humanización de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social?*

Entendemos que *la tecnificación de la Medicina y su institucionalización* son perfectamente compatibles con el mantenimiento de la intimidad afectiva y el diálogo singular que supone la relación médico-enfermo. Todos nuestros esfuerzos se han encaminado siempre a intensificar esa relación que debe existir entre enfermo y médico. Ambos coinciden en un mismo afán; el enfermo, con su confianza puesta en la ciencia del médico, y el médico, con la conciencia de sus conocimientos y su deseo de adoptar una actitud realmente vocacional de ayuda al enfermo. No hay que olvidar que la palabra asistencia significa en su origen «estar junto a otro».

Pero es que, además, en la asistencia dentro de las Instituciones Sanitarias interviene otro factor muy importante que es el confort ambiental, el modo de recibir al enfermo, el contacto con la enfermera y la diversidad de auxiliares incluido el subalterno; la relación completa con los componentes del equipo médico y asistencial. Y esto es muy necesario porque el enfermo no se encuentra ya con su médico en una isla desierta, los dos solos; ambos están integrados en una organización asistencial. Y se trata, por lo tanto, de humanizar su relación en las Instituciones. Por eso es de tanta importancia insistir y actuar cuanto haga falta para mantener la relación médico-enfermo en sus más puras esencias y huir del enfermo-masa, contemplando en cada paciente no sólo sus problemas clínicos, sino también su entorno familiar, y también el laboral y el social.

Y ya que habla usted de la jerarquización de las Instituciones, entiendo que precisamente ese sistema de organización va a permitir aumentar la calidad de la asistencia, tanto desde el punto de vista técnico como desde el punto de vista humano. Y esto se va a hacer más palpable todavía en la transformación jerarquizada de los Ambulatorios en Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Tenemos ya la experiencia de que en las Instituciones jerarquizadas la asistencia es de más alta calidad, y esto lo han apreciado los trabajadores y no se cansan de repetirlo a través de sus Consejos Provinciales y de la Comisión de Seguridad Social del Consejo Nacional. La propia Comisión que ha preparado la reforma ha entendido que eran perfectamente compatibles, el sentido institucional que la moderna Medicina exige en muchos casos, con la humanización de la asistencia.

*Señor ministro: En relación con la reforma aludida, cuya trascendencia es innegable, ¿podría comunicarnos si dicha reforma ha sido elaborada técnicamente con participación de la autoridad sanitaria del país, que es*

*la Dirección General de Sanidad o por elementos médicos directamente dependientes del Ministerio de Trabajo?*

La reforma de asistencia sanitaria, actualmente en marcha, ha sido elaborada en sus bases fundamentales por una Comisión tripartita en la que han intervenido la Dirección General de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de Previsión, el Consejo Nacional de Colegios de Médicos, y el Consejo Nacional de Trabajadores. Las disposiciones derivadas de estas bases fundamentales han sido informadas por la Comisión Especial para la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, que está constituida por representantes del Ministerio de Trabajo, del Instituto Nacional de Previsión, del Ministerio de la Gobernación (Subsecretaría y Dirección General de Sanidad), del Consejo General de Colegios de Médicos y de la Organización Sindical.

Siempre es difícil saber si se va a acertar al final, pero la verdad es que pocas veces se habrá puesto tanto interés en conseguirlo y pocas veces, en pocas reformas, se habrá dado la audiencia y participación que se está dando en ésta a los interesados. Lo que ocurre es que muchas veces los interesados tienen opiniones e intereses contrapuestos y es imposible darles la razón a todos cuando las posiciones son contradictorias.

*Señor ministro, el compromiso de asistir a la población asegurada parece que excede las posibilidades actuales de la Seguridad Social, cuyo número de camas es sumamente escaso y muy reducido, también el de sus Ambulatorios, lo cual da lugar a que tenga que concertar la asistencia con establecimientos del sector público o del privado, originando que asegurados, con idénticos derechos y enfermedades semejantes puedan recibir una asistencia dispar. ¿Creería el señor ministro conveniente que se homologasen todas las Instituciones Sanitarias del país, sin perjuicio de la autonomía de las mismas, a fin de que pudieran ser utilizadas indistintamente por los enfermos, con independencia de la responsabilidad del pago de sus cuidados, que correría a cargo del Seguro, la Beneficencia o quien estuviera obligado a ello? Supuesto que pareciese conveniente esta solución, ¿cree el señor ministro que es oportuna la coyuntura para proceder, de una vez a la unificación nacional, de la Sanidad?*

En primer término quiero decirle que ninguna Seguridad Social del mundo ni tampoco la nuestra, tiene la pretensión de que sean suyos todos los Centros donde se presta la asistencia, dejando de utilizar y, por tanto, olvidando que existen muchos otros Centros que pueden y deben ser utilizados. No somos tan ricos para pretender hacerlo todo nuevo, dando de lado lo que existe. Ningún país puede hacer eso. La Seguridad Social tiene que contar con sus propias Instituciones y concertar con

todas las demás aprovechables que existan en el país. De todas formas, el esfuerzo que la Seguridad Social está realizando en la ampliación y modernización de la Red Hospitalaria de España es extraordinario. *Sólo el año pasado pusimos en servicio 5.000 nuevas camas, casi el 25 por 100 de las que teníamos.*

Creo que, abstracción hecha de la dependencia orgánica y administrativa de las Instituciones Sanitarias del país, debe tenderse a que en todas ellas exista el máximo nivel asistencial. A nosotros nos parece que el de nuestros Centros es bastante bueno. Y, por supuesto, creo que cuanto más completo sea el aprovechamiento de todos los Centros, y por tanto más coordinada la atención sanitaria, mejor.

*Los médicos del Seguro se quejan de la limitación de sus honorarios, por estimar que no guardan relación con la realidad del trabajo que se les ha impuesto, ni han seguido una progresión paralela al conjunto de circunstancias económicas que les afecta; pero al mismo tiempo, están perplejos ante la realidad de que los honorarios para servicios iguales están tasados en cantidades distintas, según sea la clase de Seguro al que pertenece el paciente, situación muy parecida a la discriminación de honorarios según sea la categoría del cliente en la forma privada de la práctica de la Medicina liberal. ¿Podría decirnos, señor ministro, qué normas objetivas se tienen en cuenta para fijar las retribuciones del personal sanitario? ¿Existe previo convenio o informe sobre dichas retribuciones por parte de las representaciones corporativas de los médicos o con las mismas?*

Los honorarios del personal facultativo son de tres tipos fundamentales: retribución por coeficiente capítativo y número de titulares con derecho a la asistencia adscritos a cada médico; retribución de carácter periódico y fijo en su cuantía, y retribución por acto profesional. Con cierta regularidad, se revisan los honorarios profesionales, actualizándose de acuerdo con la coyuntura general del país en orden a precios y salarios y teniendo en cuenta también las disponibilidades financieras de la Seguridad Social, y siempre previos contactos con la Organización corporativa médica (Consejo General de Colegios de Médicos) y el Sindicato de Actividades Sanitarias. No creo que deba insistir repitiendo consideraciones hechas al contestar una pregunta anterior sobre las causas de algunas diferencias en esos honorarios.

Yo puedo decirle que el esfuerzo que hemos hecho en estos dos últimos años por mejorar las retribuciones del personal sanitario ha sido considerable y se ha reflejado en el reconocimiento de los trienios y en la elevación de los honorarios base. El año 1969, el I.N.P. pagó a los médicos 7.011.712.776 pesetas. En el año 1971, les ha pagado 9.600.000.000 pesetas; es decir, la cantidad global dedicada a honorarios médicos por la Segu-

ridad Social se ha incrementado en dos años en un 36,9 por 100. Creo que este porcentaje de crecimiento en el indicado tiempo es uno de los más elevados de cualquier sector laboral y profesional, teniendo en cuenta que el número de médicos al servicio de la Seguridad Social sólo ha crecido en un 1,07 por 100. Y conste que, a pesar de todo, *comprendo que los médicos y, sobre todo, los que tienen pocos trienios sigan considerando que sus retribuciones son bajas*. Nuestros niveles retributivos, en general, no son elevados, pero, a veces, se nos olvida que tampoco lo es nuestro nivel de producción y de renta, y esto es lo que condiciona todo.

Seguiremos prestando todo nuestro interés para mejorar en la medida que podamos las condiciones de trabajo del personal sanitario al Servicio de la Seguridad Social en todos los órdenes, siguiendo la trayectoria de diálogo y participación que nos hemos impuesto desde el principio. Y por eso pedimos a todos comprensión para nuestras dificultades y limitaciones.

*¿Desearía el señor ministro agregar algo más sobre estos interesantes problemas? Estamos seguros de que sus declaraciones, claras, sinceras y constructivas, como todas las suyas, contribuirán a aliviar la confusión e inquietud presente y frente al futuro de los millares de médicos que en su gestión ministerial tienen puesta su fe y su esperanza de soluciones justas y lógicas.*

Sólo quiero añadir que considero el ejercicio de la Medicina Social como una empresa apasionante en la que vale la pena, a mi juicio, la integración de los médicos que tengan plena conciencia de su misión, aun cuando tengan que sacrificar algunos aspectos de la Medi-

cina liberal que no son compatibles con los tiempos actuales y han quedado desfasados cronológicamente. Y termino insistiendo en que considero al médico y al enfermo como protagonistas fundamentales de la atención y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Estoy plenamente convencido de que la eficacia y rendimiento de esta asistencia dependen básicamente de la actitud que adopten los médicos al Servicio de la Seguridad Social. Precisamente esta circunstancia de protagonistas activos primordiales hace cargar sobre ellos una servidumbre honrosísima y con ella una responsabilidad muy importante. La nuestra no lo es menos y está en conseguir que la Organización de la Seguridad Social sea un instrumento al servicio en las mejores condiciones del ejercicio vocacional del médico y del diálogo médico-enfermo, núcleo esencial de la asistencia. Si con nuestros medios, con nuestra organización, facilitamos ese ejercicio y ese diálogo, acertamos; si lo entorpecemos, nos equivocamos. Ahí está nuestra responsabilidad.

¡Ah! Y para terminar, mi saludo entrañable y mi reconocimiento a todos los médicos de la Seguridad Social por su labor, tantas veces desconocida o injustamente juzgada por quienes se empeñan en ver sólo los defectos o en generalizar casos particulares. Desde el Ministerio de Trabajo y con una visión de conjunto, yo quiero resaltar la extraordinaria labor que vienen realizando en el perfeccionamiento de la asistencia sanitaria, en la defensa de la salud de los españoles, en la que tan importantes avances se han conseguido en los últimos años.

Muchas gracias.

(B. I. Consejo General de Colegios Médicos.  
Abril 1972)

# ENTREVISTA CON EL PROFESOR LA FUENTE CHAOS

Alfonso de La Fuente Chaos, catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Madrid, presidente del Consejo General de Colegios Médicos, procurador en Cortes y mil cosas más, es una de las personas más autorizadas para opinar acerca de la Seguridad Social dentro del contexto-caos de la Medicina española. La más autorizada, sin duda, para hablarnos del Seguro de Enfermedad, ya que puede considerársele, tranquilamente, como el padre de la criatura.

Este hombre, a quien el castizo calificaría de «chapao a la antigua» por sus concepciones clásicas acerca de la sociedad y de la familia —no olviden que sus seis hijos le llaman «de usted»— ha seguido muy de cerca el «enriquecimiento» de la Seguridad Social, el «empobrecimiento» de la clase media y el temor de ciertos médicos a que se socialice la Medicina, sin socializar antes a los sastres, pongamos por caso.

El profesor De la Fuente, defensor del inexistente Ministerio de Sanidad, ofrece su opinión personal sobre un problema que afecta, sin lugar a dudas, a todos los españoles.

---

*¿Se considera usted defensor o detractor de la Seguridad Social?*

La contestación se deduce si le informo que en marzo de 1940 llevamos a Su Excelencia, con absoluto carácter personal, el proyecto de lo que había de ser Seguro de Enfermedad en la Ley de diciembre de 1942, y a cuya creación y desarrollo he dedicado una parte no pequeña de mi vida sin percibir dietas ni emolumento alguno.

Otra forma de contestar es recordar la bella frase para quien la muerte era un acto de servicio: «Amo a España porque no me gusta». Amo a la Seguridad Social por lo que tiene de espíritu cristiano y de justicia social. No me gusta la Seguridad Social porque se ha montado con una estructura económica de empresa privada que busca rendimientos y olvida que nació para prestar asistencia.

Aquí reside, a nuestro juicio, el proceso conflictivo que dificulta el camino de perfección. Un cambio profundo en el sistema de financiación es absolutamente necesario, si bien es función de los economistas y no de los médicos. Por nosotros, la Seguridad Social es un sistema de asistencia médica destinado a los españoles que carecen de la economía propia necesaria y es exigitivo limitar la asistencia a los débiles económicos sin distinción y que el Estado obtenga los presupuestos anuales pertinentes, satisfaciendo la parte complementaria de su cobertura.

*¿En qué medida la Seguridad Social ha suscitado la actual crisis de la Medicina?*

En la medida de un 70 por 100 de la población española integrada, en la insuficiencia de los honorarios médicos y en la herencia, no corregida, del aislamiento del médico en el medio rural. Examinemos estos ingredientes.

1. El primer factor, la población integrada nace con un defecto y se perpetúa con una desviación. El defecto es carecer de una clara definición que delimite correctamente su campo de actuación. Pretender que se aplique exclusivamente a los trabajadores con un salario limitado es grave error, por injusto e indiscriminado. Es *injusto* porque más necesidad tiene el que, careciendo de economía, está incapacitado para el trabajo. Son los que antes figuraban en la Beneficencia, hoy desaparecida teóricamente, y por ello sin servicios propios, originando el absurdo de haber convertido su hospital básico de Madrid en una magnífica ciudad sanitaria que se reparte entre la clientela privada y la Seguridad Social.

Es *indiscriminado* porque la limitación de honorarios no se cumple, y ello tanto por lo fácil de enmascarar el pluriempleo como por la dificultad de valorar el beneficio de los trabajadores autónomos; en Valencia figuraban en el último grupo varios centenares de millonarios,

y en el primero los técnicos de empresa con emolumentos aditivos de imposible discriminación.

2. La insuficiencia de los honorarios médicos se comprende al informar que el médico de familia, clave permanente de la Medicina, percibe alrededor de 20 pesetas por asistir un mes a una familia. La solución infantil sería multiplicar el número de asistidos, si bien ello es inadecuado, tanto por imposibilidad física del médico como por la necesidad de asistencia sincronizadas al tiempo del enfermo, no del médico.

La insuficiencia es más patente si consideramos que el Gobierno ha valorado la iguala mínima del medio rural en 125 pesetas familia y mes, lo que conlleva un fenómeno increíble que ya ha sido realidad: si por presiones sociales o creerlo de justicia, la Seguridad Social amplía el límite económico en el campo de aplicación, las familias que cotizaban con la iguala mínima se verían liberadas de satisfacer los honorarios médicos y el médico se vería burlado al percibir las 20 pesetas de la Seguridad Social.

Hay algo más trascendente en esta insuficiencia de honorarios, y es la posible desviación ética en el ejercicio profesional. Como presidente del Consejo General de Colegios Médicos, y siendo primario en este velar por la deontología, nuestro mayor dolor sería comprobar que en un mundo inmerso en la crisis espiritual de nuestro tiempo la carencia de médicos para satisfacer las necesidades materiales es motivo de alguna falta de ética.

¿Quién sería más responsable, el médico o la sociedad?

3. El aislamiento del médico en el medio rural es incompatible con el principio de la dignidad humana. Someter al médico a un trabajo en expectación de veinticuatro horas diarias, sin fiestas ni descansos dominicales y con escasas posibilidades para educar a su familia en el ambiente universitario en el que él se educó, configura una vida dura y difícil que ha sido tomada en consideración por el Gobierno con las palabras del ministro de Hacienda en las Cortes, por lo que una vez más expresamos nuestro agradecimiento. Nuestra fe absoluta en esta decisión del Gobierno, cuando casi nadie lo creía, es la misma que mantenemos sobre la puesta en marcha de un proyecto de estructuración social en el medio rural que eliminase la soledad y la carencia de medios asistenciales, del que nos informó ampliamente el ministro del Plan de Desarrollo.

*Se acusa un desprestigio en la Seguridad Social. ¿Es real?*

A nuestro juicio, no. La Seguridad Social realiza una buena asistencia médica en las residencias y otra insuficiente en los ambulatorios, motivada fundamentalmente por el crecimiento.

Las *residencias*, cuyo injustificado y laico nombre debe desaparecer, para volver al tradicional y bellissimo de *hospital*, tiene medios en exceso, y el coste actual, que parece llega a mil ochocientas pesetas al día en algún caso, es insostenible.

Si alguien se queja de la asistencia en los hospitales, carece de razones, dado que es muy superior al del mejor sanatorio privado, aun cuando, naturalmente, puede perfeccionarse.

El *ambulatorio* no responde a las necesidades actuales, y su reforma está a expensas de una crítica lógica y posterior publicación en el «Boletín Oficial».

Esta reforma, de una gran importancia, que situará a España en un lugar destacado de la estructuración asistencial, implica hospitales y ambulatorios.

El sistema intenta la integración unitaria de la asistencia con tres estadios: el médico de familia, los centros de orientación diagnóstica y terapéutica y los hospitales.

El médico de familia seguirá siendo base del humanismo profesional, al actuar en permanente coloquio con el enfermo y ser el confidente y consejero en la evolución vital de la familia, teniendo a su disposición los estamentos asistenciales superiores.

El *centro de orientación diagnóstica y terapéutica* sustituye al ambulatorio y se convierte en un hospital sin camas, ya que poseerá los mismos elementos de diagnóstico y terapéutica ambulante que el mejor hospital, logrando despoblar a éste de un exceso de visitas en consulta que perturban el necesario silencio y la obligada asepsia en la vida del hospital. En el futuro es posible la existencia de uno de estos centros por cada cien mil afiliados.

El *hospital*, del que el centro de orientación será dependiente, se constituirá en departamentos, servicios y secciones, y esta discriminación, una de las grandes ilusiones de nuestra vida profesional, integrará a los médicos en unidad al servicio del paciente y romperá la autarquía actual de los servicios por los que deambula el enfermo descifrando su patología, ajeno en gran parte, a quien en definitiva le va a tratar.

*¿Sería inmediata la puesta en marcha de la reestructuración que se anuncia?*

Su iniciación espero se realice en un plazo de pocos meses; su logro es obra de muchos años.

El nuevo sistema asistencial exige multiplicar los hospitales, hasta conseguir el número de camas (tres veces el de las actuales) necesario, crear la red de centros de orientación y establecer un horario de trabajo profesional de seis horas diarias, todo ello respetando los derechos adquiridos de los profesionales, que adaptaron su vida, no a lo que les agradaba, sino a lo que la sociedad les imponía.

Si añadimos la necesidad de un gasto enorme para

el montaje, nos hace considerar un tiempo mínimo de quince años para lograrlo. En estos años pueden ocurrir cambios trascendentales en la vida económica y política de las naciones que exijan atemperar los principios fundamentales de esta reforma, válidos para cualquier sistema, a la estructura político-social y a las posibilidades económicas. Admitir que la actual economía española puede financiar la asistencia médica y la enseñanza con carácter gratuito, está fuera de la realidad.

Por ello se hace día a día más necesaria la planificación económica de la Seguridad Social. Modificar el planteamiento económico, regularizar los gastos y ordenar la creación de servicios acorde a una necesidad real, son las premisas ineludibles para evitar el grave peligro de una total socialización de la medicina, hecho ilógico si el Estado no es socialista.

Hace unas horas, el ministro de Trabajo nos informaba que el coste de la farmacia en el mes de enero último es superior en un 25 por 100 al de enero de 1971, y que el costo total de farmacia en este año superará los treinta mil millones; solicitaba la ayuda de la Organización Colegial para remediar este grave impacto. Nos es grato manifestar estas buenas relaciones del Consejo General de Colegios Médicos con el actual ministro de Trabajo y las jerarquías de la Seguridad Social con las que iniciamos la próxima semana contactos oficiales para estudiar y resolver las múltiples solicitudes, de orden médico, pendientes. Relaciones cordiales y afecto en las personas, auguran un entendimiento completo.

En otro sentido, los representantes de la industria farmacéutica nos manifestaban muy recientemente que el coste real de los medicamentos viene incrementado por una serie de factores que le son impuestos y que ellos desean estudiar y evitar, habiéndose acordado la creación de una Comisión Organización Colegial-Industrial para resolver una parte importante de ellos.

Parece indudable que Seguridad Social, médicos e industria están disconformes con la situación actual y al mismo tiempo dispuestos a estudiar y solucionar todos los procesos conflictivos. Este es el cambio, aun cuando no la solución definitiva.

*Si usted hubiera de resolver la problemática actual, ¿cómo la plantearía?*

Partiendo de lo único trascendente: el ¿qué es? y ¿por qué es? la Medicina. Hay dos protagonistas en la asistencia médica: el médico, que hace la Medicina, y el enfermo, para quien se hace, correspondiendo al Gobierno la obligación de supervisar la actuación del médico y conocer las necesidades del enfermo, sin que, a nuestro juicio, ello exija el monopolio de la dirección en el proceso asistencial que le ha llevado a la socialización parcial.

Acorde a estas premisas, son necesarios tres principios normativos en la situación actual:

a) Debería crearse en el Ministerio de Trabajo una comisión paritaria integrada por la Organización Colegial y la Administración, legalmente constituida, para el estudio de la planificación a la que hicimos referencia; a ella llegarían las peticiones de los enfermos. Sería el órgano asesor.

b) La Organización Médica Colegial debe estar representada, con fuerza legal, en el estudio de todas las funciones médicas, incluida la enseñanza.

c) La relación de autoridades y corporaciones en los procesos conflictivos asistenciales debe establecerse con el Consejo General de Colegios Médicos que representan a la totalidad, por lo que no defienden intereses personales; su objetivo afecta siempre tanto a la Medicina como a los médicos; el trato directo con los implicados produce disgusto y pérdida de autoridad. La lógica pasión de los que se consideran perjudicados y la situación de superioridad del organismo afectado defendiendo un puntillo de honor, motiva discordias progresivas, que suelen dejar impronta efectiva, cualquiera que fuese la solución adoptada.

En cuanto a la solución definitiva, es obligada la creación del Ministerio de Sanidad, que evite la actual dispersión en varios Ministerios con organización, medios y funciones que en no pocas ocasiones suelen ser contradictorias.

Las discrepancias actuales, con situaciones de tensión entre organismos de aparente similitud jerárquica, han provocado disgusto y desconcierto que ha llegado a los hospitales universitarios, cuna de toda formación médica y hasta hace poco ausentes de los problemas socio-económicos. Lamentable e inadmisibles que el médico interno, ingresado por oposición, perciba 4.500 pesetas anuales y que se humille al profesor complementando sus deficientes honorarios con una cantidad de la Seguridad Social para «igualar» al médico asistencial de esta institución.

Hemos entrado en el problema de la Universidad que nos afecta e interesa aún más que el de la Seguridad Social. El desprestigio de la Universidad es el desprestigio de la nación. No olvidemos que la Universidad alemana, la Sorbona y la Politécnica de Zurich son el orgullo y la extensión universal de Alemania, Francia y Suiza. En Moscú nos causó admiración el «campus» de su Universidad, inmensamente superior al resto de la ciudad, incluido el Kremlin.

(B. I. Consejo General de Colegios Médicos.  
Abril 1972)

# LA PASTORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS

Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

## INTRODUCCIÓN

Antes de entrar a reflexionar en el campo específico de lo hospitalario, considero necesario que tengamos presente, como pantalla de fondo, y en síntesis apretada, todo el momento actual que está viviendo la humanidad, como exigencia, como desarrollo, como apertura de sí misma. Todo este avance, todos estos signos van a incidir después, con mayor o menor fuerza en el campo hospitalario. Estos signos más característicos vienen señalados, sobre todo, en tres documentos:

**PACEM IN TERRIS**: avance de las clases trabajadoras en lo económico y social; ingreso de la mujer en la vida pública; transformación social y política de la familia humana.

**POPULORUM PROGRESSIO** (n.º 6): Aspiraciones del hombre: liberarse de la miseria y ser más instruido; hallar con más seguridad la propia subsistencia, la salud y una ocupación estable; participación en las responsabilidades; hacer, conocer y tener más para ser más.

**GAUDIUM ET SPES** (n.º 4): cambios profundos y acelerados del mundo; inteligencia y dinamismo creador del hombre; hambre y miseria de la humanidad; sentido agudo de la libertad; tensiones políticas, sociales, económicas, raciales, ideológicas; comunicación rápida de

las ideas; búsqueda de un orden temporal más perfecto; pluralismo de instituciones e ideologías; universalismo — desaparecen las barreras.

En el fondo de todos estos cambios estamos asistiendo a un momento de secularización progresiva, con la consiguiente pérdida de dependencia, sometimiento y penetración de Dios que era lo que caracterizaba la época anterior; entramos, por tanto, en la autonomía de lo temporal. El signo, en sí, es bueno, pero tiene el riesgo de ir más allá, quizá se está haciendo, y entonces caemos en un secularismo, donde Dios ya no es imprescindible, se le tolera y hasta estorba.

Como consecuencia de todo esto, desembocamos en una revalorización de la persona humana, de las relaciones humanas y del mismo desarrollo de la vida. Y todo ello se nos presenta como signo, como características actuales: libertad, autonomía, igualdad, fraternidad, progreso, desarrollo. Y junto a esto, como contrapeso, los grandes contrastes: inseguridad, inestabilidad, inmadurez, angustia, interrogación, oscuridad, desconfianza, contestación.

Todo ello, queramos o no, condiciona nuestra manera de pensar, de actuar, de vivir. Su influjo es tan profundo, tan radical y universal, que, o nos metemos en esta historia que hemos de hacer o sucumbimos.

## Repercusiones en el campo de la Pastoral Hospitalaria

### AVANCE DE LA TÉCNICA HOSPITALARIA

Hoy no podemos hablar de pastoral hospitalaria sin referirnos, no sólo a las nuevas formas de presentar el mensaje, sino también a todos estos cambios gigantes que se están realizando en nuestro mundo y, particularmente, en el campo sanitario. Estos cambios exigen estructuras nuevas, criterios actualizados, preparación adecuada.

La Pastoral Hospitalaria no puede realizarse al margen de esta realidad, al margen de unas exigencias técnicas, sino sobre ellas, una vez realizadas éstas o, a lo

más, a la par que éstas. No es lugar ahora de hacer una síntesis de esta evolución, sólo consignaré un hecho real:

### ANTES

Se formaba poco para cuidar enfermos; la exigencia técnica era muy reducida; la preparación predominantemente espiritual; «el problema sanitario era fruto de la vida religiosa. La religión suplió la falta de captación de un valor auténticamente humano» (Schillebeeckx).

El hospital va dejando los visos de beneficencia para convertirse en un lugar de salud. La medicina se está secularizando; el hospital va superando las viejas ideas de compasión pagana, de concepción materialista, de beneficencia legal para convertirse en un servicio nacional de salud, reconociendo así el derecho de todo hombre a la misma; el hospital entra hoy en un desarrollo técnico progresivo, exigiendo por ello: organización y coordinación adecuadas; preparación científica y práctica; conciencia profesional; integración, colaboración, responsabilidad y mayor reflexión sobre las personas y estructuras.

El hospital así, tecnificado, pasa a ser una empresa cuya característica es producir salud, pero que, en definitiva, debe funcionar y afrontar problemas empresariales: gastos generales; coste de equipación; inversiones, amortizaciones; plan contable; selección de personal, promoción, calificación; organización, canalización de la autoridad; trabajo en equipo; aumento de personal; coste creciente del hospital.

### PELIGRO DE DESHUMANIZACIÓN

Estamos comenzando, el problema técnico del hospital de mañana estará muy acentuado; enhorabuena a la técnica, pero atención, mucha atención, puesto que estamos ante personas, personas enfermas, muy sensibilizadas, muy condicionadas. Corremos el peligro de que la técnica nos absorba, nos haga caer en la subestimación de las personas y crear en el hospital un clima de deshumanización en el que el enfermo queda reducido a un número, a una cifra, a una cosa, a algo más

que a alguien; y los sanitarios catalogados, referidos a su significación, rendimiento y éxito.

¿No será, pues, este el momento de reflexionar sobre el hombre en su totalidad? ¿No será preciso hacer en el hospital de mañana, desde hoy, una síntesis del espíritu científico, del espíritu social y del espíritu de caridad?

Son hombres los que curamos y no sólo úlceras o fracturas. Esto nos debe hacer pensar mucho en todas las exigencias del hombre, en toda su dimensión como tal. Estamos sintiendo ya en nuestra propia carne este momento de deshumanización, con frecuencia lo estamos oyendo, lo estamos palpando: Se construye el hospital, el gran hospital, las casas grandes, las ciudades sanitarias, donde uno es extraño, donde uno se despersonaliza.

Se manejan aparatos, botones, medicamentos, papeles, fichas, números. Uno se pierde; no tiene tiempo. Va y viene, agitado, urgido, «manipulado», porque hay que hacer, hay que rendir, hay que dar éxito, hay que funcionar.

Funciona el hospital y se amplían las dependencias, se hacen los presupuestos, se contrata a más personal, se compran aparatos, todo funciona a las mil maravillas, todo muy bien; pero, ¿quién se preocupa de las personas? ¿quién humaniza? ¿quién detecta las «anormalidades», no sólo las laborales, sino las de las personas?

En un mundo tecnificado y superestructurado hay que hacer hincapié en el sentido total y amplio que tiene la salud como «estado completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad» (OMS).

En realidad, difícilmente se conseguirán estos nobles ideales sin una verdadera organización y coordinación, sin un personal competente y eficaz que sepa armonizar la técnica con los diferentes estados —físicos, psíquicos, sociales y espirituales— del enfermo.

## Necesidad y urgencia de una presencia dinámica de la Iglesia en el campo sanitario

### SU PRESENCIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

A la Iglesia se debe toda la organización hospitalaria, albergues y hospitales para peregrinos, enfermos y huérfanos.

Concilios y sínodos —como el de Cartago (309) y el de Tours (567)— ordenarán establecer posadas junto a la iglesia y la obligación de atender a los necesitados, enfermos y viudas.

San Basilio, obispo de Cesárea de Capadocia, hacia el 370, fundará un conjunto denominado «Basiliade»;

es una verdadera fundación hospitalaria: hospedería, refugio, hospital, leprosería.

Por estas fechas nacen diversos tipos de hospitalización:

XENIDOQUIUM, albergue destinado a recoger peregrinos, viajeros y exiliados.

NOXOCOMIUM, hospital para enfermos.

ORFANOTROFIUM, para recoger a niños privados de sus padres.

GERONTOCOMIUM o asilo de ancianos.

El siglo IV tenía ya todo este desenvolvimiento hospitalario.<sup>1</sup>

San Benito recomendaba en su regla, capítulo 53: «Póngase el mayor cuidado en recibir a los pobres, porque en estos se recibe a Cristo más particularmente que en los ricos y poderosos».

Son de especial interés por esta época las hospederías monásticas y «Campana de extraviados» para llamar a los peregrinos desorientados por los bosques.

Santos como san Fernando, san Luis rey de Francia; Carlos Borromeo, Juan de Dios, Camilo de Lelis, Vicente da Paúl; instituciones en favor de los enfermos, como la de los hermanos hospitalarios de san Juan de Dios, hermanas de la Caridad, hermanitas de los pobres, de santa Ana, hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y otras más, son un testimonio vivo dentro de la Iglesia. ¿Qué apología puede presentar la historia humana más rica, más humanitaria y más convincente si no es la que se centra en la vida misma de Cristo, y la que la Iglesia continúa por medio de sus obras? Ninguna otra religión puede presentar hechos que hablen con tanta realidad, que enamoren y seduzcan tanto.<sup>2</sup>

### ¿SIGUE PRESENTE HOY LA IGLESIA EN ESTE CAMPO?

Todo esto es una realidad, la Iglesia ha sido pionera, siempre ha ido en vanguardia con su presencia en el mundo del necesitado. Pero, ¿no será verdad que la Iglesia ha realizado muy bien su papel de suplencia en las realidades temporales cuando todavía el laicado no supo captarlas, pero que ahora que el laicado —en este momento de secularización— va tomando su puesto, y la Iglesia se repliega, no encuentra su lugar, su identificación, y de ahí que en muchos problemas no exista una presencia más rica, más dinámica, iluminadora y hasta denunciadora? ¿Qué nos está pasando con el sector del mundo laboral, del mundo de la juventud, de la enseñanza? ¿Qué problemas se nos avecinan al campo de la hospitalidad, que producirán sorpresa, inquietud, tirantez, inseguridad y hasta cierta desconfianza?

Una de las grandes funciones pastorales de la Iglesia es su presencia iluminadora de los grandes interrogantes que se hace el hombre actual en los distintos sectores.

En el campo hospitalario, ¿quién no ve el avance de la técnica, el desarrollo cada vez más acelerado y su influencia en las personas? ¿Dónde está la Iglesia, en qué estructuras está metida, qué luz proyecta? Lo decimos con pena: el campo hospitalario será otro de los sectores que den la espalda a la Iglesia.

<sup>1</sup> LLORCA, B. «Historia de la Iglesia». BAC. Tomo I. página 529.

<sup>2</sup> REDRADO, José Luis. «Presencia cristiana en clínicas y hospitales». PPC, Madrid.

### SITUACIÓN ACTUAL

En general, estamos viendo una ausencia de Iglesia en el sector sanitario: no palpamos la inquietud en nuestra jerarquía por este sector; nuestra teología no se ha hecho eco; nuestros centros de Pastoral no salen de las repeticiones trasnochadas sobre estos temas; no se iluminan las legislaciones ni las planificaciones; no se detectan generosamente las situaciones conflictivas; no se vela ni se urge evangélicamente para que el derecho de los ciudadanos a la salud sea una realidad práctica.

Si después bajamos a la práctica, a nuestras situaciones concretas, vemos también la deficiencia de esta pastoral en los sectores concretos.

No hay planificación ni coordinación, se obra por ocurrencias, por impulsos, con una actitud individualista; tampoco nos hemos curado del sacramentalismo, y nos sentimos poco comprometidos. Las razones de estas deficiencias las podríamos reducir a dos grupos principales:

MENTALIDADES INADAPTADAS A LAS NUEVAS ESTRUCTURAS DE PASTORAL: sacerdotes-capellanes sin preparación específica para este campo, sin dedicación y sin vocación; cuando no son ya excesivamente mayores, como ordinariamente acontece; concepto incompleto e insuficiente de lo que es la pastoral, concibiéndola como incumbencia exclusiva o casi exclusiva del capellán; entonces se produce el inconveniente de la falta de colaboración, y la pastoral se aísla, se reduce.

IDEAS PASTORALES QUE NO ENCUENTRAN ESTRUCTURAS HOSPITALARIAS ACOMODADAS A SU ENCARNACIÓN: por falta de adecuada orientación y organización del mismo hospital; por falta de información y diálogo; por valorar más lo técnico que las personas; a veces por injusticias sociales, por conflictos laborales; por la falta de adecuada selección, integración y promoción del personal; por el individualismo y la falta de reflexión sobre aspectos del hombre en su totalidad; por la falta de apoyo que se encuentra en la Dirección para un desarrollo expresivo y completo de la pastoral.

### HACIA UNA PASTORAL SANITARIA MÁS ACTUAL

Con lo que llevamos expuesto no hemos hecho más que sintetizar la línea del hospital en evolución, el contexto, el ambiente y dificultades actuales que encuentra la pastoral. Nos queda por desarrollar el dinamismo de esta pastoral y su proyección, es lo que vamos a intentar a continuación.

## FUNDAMENTOS DE LA PASTORAL HOSPITALARIA

Puesta nuestra atención en que se trata de una acción de la Iglesia en un campo concreto —enfermos, médicos y personal sanitario en general—, si queremos que el mensaje salvador sea actual debemos conocer esta doble dimensión: de dónde parte este mensaje que queremos comunicar y a dónde va; por tanto, Palabra de Dios como fuente, y hombre enfermo, o si se quiere, hospital como destino.

### PALABRA DE DIOS

La enfermedad y la salud —como otras tantas realidades— sólo tienen sentido, o mejor, adquieren un sentido más rico, más pleno, cuando vienen iluminadas por la Palabra de Dios. El campo hospitalario está enriquecido con una presencia atractiva, a la vez que práctica, que ilumina cualquier intento hospitalario. Me refiero a la presencia de Cristo, a su quehacer con el enfermo, como anticipo y signo, como «vanguardista» de algo que nosotros hemos de captar y desarrollar.

Todo ello aparece sobre todo en el dinamismo de su espíritu hospitalario, en su presencia en el pobre y en el enfermo, en el valor de signo mesiánico de sus cura-

ciones y en su mandato y prolongación hospitalaria realizada hoy por la Iglesia.<sup>3</sup>

### LAS PERSONAS

La pastoral sanitaria se orienta a unas personas concretas; el centro será siempre los enfermos, pero también todos cuantos giran alrededor de ellos.

Pastoralmente, estamos ante unas personas con características especiales, porque como muy bien dice Laín Entralgo<sup>4</sup> el hombre, desde su enfermar, da unas respuestas varias a esta situación que pueden ir desde la rebeldía, la depresión, la ansiedad, la desesperanza, la infantilidad, hasta el gozo larvado o la aceptación resignada.

La diversidad de situaciones en las que se da la enfermedad es un elemento para tenerlo muy presente a la hora de una realidad pastoral: la edad, las causas de la enfermedad, el interrogante, la duda ante la curación; cómo se va a realizar ésta, dónde, por quiénes, qué ambiente va a respirar durante el proceso curativo. Todos estos datos son básicos, son previos a una planificación pastoral.

Si de estos datos —registrados en el mundo de los enfermos— pasamos a los sanitarios, al mismo centro con sus dimensiones y su organización, al personal sanitario —su número y formación—, veremos, mediremos las posibilidades de realidad práctica.

## Planificación pastoral

### LÍNEAS DE PLANIFICACIÓN EN EL HOSPITAL

Creo que los objetivos de esta pastoral están bien patentes, dado que lo espiritual —junto con lo somático, lo psíquico y lo social— forma parte de las necesidades de todo hombre, aquí hombre enfermo. Dimensión espiritual que no debe ser minimizada, sino que debe entrar con la fuerza precisa, máxime en un campo donde podemos ser absorbidos por la técnica y podemos al mismo tiempo caer en la trampa de ser tratados como objetos, como cosas y no como personas. La planificación pastoral vendrá, pues, a dar al hospital este apoyo que contribuirá a una reflexión cristiana —salvadora— del hombre que vive ese medio-ambiente.

Para llegar a todo eso, es preciso recorrer un camino, marcar unas líneas concretas de acción, líneas escalonadas, líneas continuas, serias y constantes.

<sup>3</sup> REDRADO, J. L. O. C. y también «Jornadas hospitalarias» Pamplona 1970.

Pensando en unas líneas generales, remito al lector a que se fije concretamente en Estatutos de pastoral hospitalaria en los anexos de este mismo artículo, ya que en él viene suficientemente configurado uno de los caminos, aunque no el único, de cómo concebimos una programación pastoral.

Y dentro de estas líneas generales que configuran la labor a realizar en un ambiente como es el hospital, deberá programarse después y prácticamente la pastoral, teniendo siempre presente las características del centro concreto y las personas que lo integran.

Los elementos prácticos y más al alcance pueden ser: La formación de una comisión de pastoral dentro del hospital, integrada por personal religioso y laico, y con funciones específicas. Formación y actualización humana y cristiana del personal sanitario del hospital, religioso y laico. Formas diversas de actuar con el enfermo: visita

<sup>4</sup> LAIN ENTRALGO, P. «El médico y el enfermo». Guadarrama, 1969 páginas 170-171.

diaria, sacramentos, formación e información, experiencias a distintos niveles. Desarrollo concreto de las acciones Proféticas, litúrgicas y caritativas: su actualización, su radio de acción. Qué, cómo, cuándo, quiénes. Contacto extra-hospitalario: capellanes de la ciudad, familiares de enfermos, antiguos enfermos.

Para que esto sea una realidad exigimos que el servicio religioso esté integrado en todo el quehacer del hospital, y pensado desde arriba, desde la Dirección. Evitaremos, así, todo «funcionalismo» sacerdotal y la acción pastoral será más amplia y más rica.

Reconocido así el servicio religioso en el hospital, realizará una tarea más consciente y exigitiva, prolongará al mismo tiempo su atención, acudirá allí donde su presencia puede ser iluminadora y eficaz, ora en el Comité de Deontología, ora en el de Docencia, o también para velar en el terreno de la justicia social.

Ni que decir tiene que la programación ha de realizarse todos los años, ajustándose siempre a las necesidades preferenciales, previa revisión crítica al final de cada período y aprobada por la Dirección del hospital.

### LA FUERZA IMPULSORA

Tenemos el peligro de quedarnos en una simple ciencia-ficción, en algo irrealizable, por falta de respaldo, de una fuerza motriz superior, o por una falta de imaginación y de lucha en las situaciones concretas. Las metas no se alcanzan sino después de un recorrido, a veces largo y penoso.

### SECRETARIADO NACIONAL

Debe ser el órgano impulsor con finalidades concretas, con realizaciones eficaces. Si se encauza y trabaja bien, es posible llegar a realidades, a algo que hoy vemos un tanto lejano, difícil y costoso. Si el Secretariado da ideas, proyecta, programa, las ideas se habrán impuesto y la realidad pastoral será muy otra.

El mismo Secretariado debe proponerse unos objetivos, unas finalidades preferenciales que hagan que su trabajo sea práctico y eficaz. Los podríamos sintetizar

así: Formación de sacerdotes para capellanes de hospital; promoción de sus intereses espirituales y profesionales. Elaboración de un Directorio de teología-pastoral que ilumine desde el Evangelio todas las situaciones de la sanidad. Estudio y planificación de la pastoral sanitaria a escala nacional. Influjo en los seminarios y centros de pastoral. Programación de cursos de actualización a escala nacional. Contactos con organismos sanitarios —civiles y religiosos— con el fin de programar y coordinar esfuerzos que redunden en una humanización y acción apostólica en el hospital.

### SECRETARIADOS DIOCESANOS

Deben ser la vía imprescindible. Es necesario que las diócesis integren en el contexto-programa de acción pastoral general la dimensión concreta del mundo sanitario. Sólo a escala de diócesis podrá ser realidad una reflexión eficaz.

Con unas líneas generales, trazadas desde arriba, y con una relación armónica entre los planes generales y los particulares, cada diócesis debe velar por este campo y concretamente sobre los puntos siguientes: realidades actuales; necesidades y líneas de cobertura; personas que prestan atención a estas necesidades; situación, formación, actualización y colaboración de estas personas; presencia de la Iglesia diocesana en este campo: iluminación, planificación, coordinación, revisión crítica.

### CONCLUSIÓN

Una buena planificación determina los objetivos, ordena los medios disponibles, transforma las líneas generales en normas concretas y actuales, coordina los elementos a un mismo fin y controla todo el plan y su desarrollo, garantizando así la buena ejecución.

Planificación, organización, legislación, dirección, coordinación, control. He aquí los conceptos clave que, hechos realidad en el campo de la pastoral sanitaria, harían que ésta fuera lo suficientemente rica, expresiva, dinámica y, en último término, salvadora.

## Anexos

En este apartado pretendemos dejar constancia de seis temas cuya finalidad es indicativa. Son Estatutos, proyectos, en fin, esfuerzos que aquí y allá se realizan en un intento de resucitar la pastoral en el mundo sanitario.

Al escoger estos seis temas no los vemos como únicos, ni tampoco como los mejores; sólo los hemos escogido por estar más a nuestro alcance. Ello puede ser también un buen documental que dé luz y solidez a cuanto precede.

### ESTATUTOS DE PASTORAL HOSPITALARIA

*Hermanos de San Juan de Dios. Provincia de Aragón.*

Estos estatutos forman parte de otros temas aprobados en el Capítulo Provincial para todos los hospitales que comprende esta provincia religiosa.

ARTÍCULO 1. En todos los hospitales de nuestra Pro-

vincia se establecerá e integrará el servicio religioso en igualdad de condiciones que los otros servicios, ocupando su lugar respectivo en el organigrama del hospital. Se regirá por las Instrucciones Permanentes que la Entidad Rectora haya establecido para su funcionamiento de acuerdo con la doctrina de la Iglesia católica y las especiales circunstancias de la pastoral hospitalaria.

ART. 2. El jefe de este departamento será el sacerdote capellán, nombrado al efecto por la Entidad Rectora del hospital. Para la elección del capellán téngase en cuenta, tanto su preparación general como específica, además de las cualidades exigidas para el cargo que va a ejercer dentro del hospital.

ART. 3. El servicio pastoral dispondrá de locales necesarios, tanto para las funciones religiosas como para el trabajo. Estos locales han de estar previstos en los planos de las nuevas construcciones de hospitales.

ART. 4. Cada hospital deberá fijar para el departamento de servicio religioso un presupuesto anual en relación con el presupuesto general del hospital.

ART. 5. La jornada de trabajo, vacaciones y honorarios del capellán deben ser consignadas fielmente a la hora del contrato. Cuando el capellán sea de la Orden, se someterá a las mismas normas que rigen para los hermanos en la respectiva casa.

ART. 6. El servicio religioso dispondrá del personal que de común acuerdo con la Entidad Rectora se juzgue necesario; a este respecto en cada casa habrá una Comisión de pastoral formada por diversos miembros —religiosos y laicos— para la puesta en marcha de la pastoral en el hospital.

ART. 7. Corresponde al departamento de servicio religioso: Ayudar al hospital a satisfacer lo mejor posible los deberes de cara a las necesidades espirituales, tanto de los enfermos como del personal sanitario.

Promover, coordinar y difundir el mensaje religioso mediante una planificación pastoral orgánica, completa y continuada, valiéndose preferentemente en dicha planificación del ejercicio de las tres acciones eclesiales:

PROFÉTICA: descubriendo las necesidades de evangelización que tienen los enfermos y comunidad sanitaria del hospital; organizando catequesis, ciclos de conferencias a varios niveles; difundiendo el mensaje valiéndose de los otros medios de comunicación social.

LITÚRGICA: participación en la vida sacramentaria, preparación y revisión de formas diversas, ensayos de formas más conscientes y vitales.

CARITATIVA: formar células apostólicas en el hospital, cuidar de que el testimonio individual y colectivo sea auténticamente cristiano. Estudiar e iluminar los problemas deontológicos y sociales que se presenten en el campo profesional sanitario. Prestar asesoramiento en materia de religión y costumbres a los departamentos y personal que lo soliciten. Estar en relación con la diócesis y parroquia donde radique el hospital y especialmente con aquella de donde provenga el enfermo. Cooperar con los hospitales de la ciudad para realizar una pastoral hospitalaria inteligente, coordinada y eficaz.

ART. 8. Dado el carácter católico de los hospitales de la Provincia, en ellos el capellán es de esta confesión religiosa. Los ministros de otras confesiones tendrán libre acceso siempre que los enfermos lo pidan.

ART. 9. A la luz de estas normas generales, cada hos-

pital redactará unas Instrucciones Permanentes que puntualicen la labor del capellán y de las personas más vinculadas al servicio religioso.

## PROYECTO DE ÓRDENES PERMANENTES PARA CADA HOSPITAL

*Hermanos de san Juan de Dios. Provincia de Aragón.*

ARTÍCULO 1. Se reconocen al Servicio religioso de... todos los derechos y deberes que se señalan en las Constituciones, art. 100-107, Estatutos Generales, art. 79-101 y Directorio de la Provincia, art. 20-28.

ART. 2. La Dirección del hospital asumirá la responsabilidad general de todo cuanto se refiere al entronque, organización, proyección y dinámica del servicio religioso dentro del hospital.

ART. 3. El servicio religioso tiene como jefe al capellán, nombrado a norma de los mencionados artículos, y sobre él recae la responsabilidad inmediata de dicho servicio.

ART. 4. Para el buen funcionamiento del mismo y con el fin de que se tengan en cuenta los aspectos religiosos del hombre enfermo y del personal sanitario, el hospital nombrará un Comité o Asesoría religiosa, compuesta por el capellán como presidente, jefe de personal, jefe de servicios auxiliares, jefe de enfermería, una representación de la comunidad religiosa (masculina y femenina, si la hay), dos representantes del personal.

ART. 5. El Comité General tendrá una Comisión Permanente, compuesta por los siguientes miembros: capellán, jefe de personal, jefe de enfermería, un representante de la comunidad religiosa, uno de los dos representantes del personal.

ART. 6. Pertenece al Comité general: elaborar la planificación pastoral del hospital en todos sus aspectos, según las normas establecidas y las orientaciones recibidas del Secretariado de Pastoral de la Provincia; realizar el análisis crítico al final de cada período; presentar a la Dirección del hospital, tanto la planificación como el análisis, para su debida aprobación; informar al Secretariado de la Provincia con la periodicidad que tenga establecido.

ART. 7. La Comisión Permanente realizará funciones más inmediatas: llevará a efecto los programas establecidos; revisará periódicamente las actitudes frente a lo religioso; influirá apostólicamente en el trabajo del hospital.

ART. 8. El Comité General se reunirá cada tres meses y siempre que se juzgue necesario.

La Comisión Permanente una vez al mes y siempre que se crea oportuno.

ART. 9. Las reuniones se realizarán en el tiempo hábil del hospital, a no ser que por alguna circunstancia especial se crea oportuno hacerlo a otra hora. De todas ellas el Secretario levantará acta para la debida información.

## CONCLUSIONES A NIVEL DE CENTROS HOSPITALARIOS

*Diócesis de Valencia*

1. Se recomienda se forme en cada Centro hospitalario un equipo o equipos que, voluntariamente, se responsabi-

lice y se comprometa en la acción apostólica con los enfermos.

2. Constituidos estos equipos se procurará al máximo el intercambio de experiencias y problemática de unos Centros con otros, bien a nivel diocesano o a nivel de zona.

3. Promover en la medida de lo posible, la inserción de la pastoral hospitalaria en el organigrama de los Centros hospitalarios, intentando que no quede a la iniciativa privada del capellán —aunque éste sea pieza clave—, sino que llegue a interesarse por este aspecto la dirección y la gestión del hospital.

4. El servicio religioso hospitalario debe organizarse en cada Centro de la manera más eficaz; al efecto, sería bueno que en cada equipo de los Centros se crearan comisiones de estudio, ejecución, promoción de fe, liturgia, etc.

5. Los equipos pastorales deberán cuidar la formación de sus miembros a base de reuniones periódicas o de la forma que se crea más eficaz, esforzándose todos y cada uno para que lleguen al enfermo todas aquellas cosas que su enfermedad requiera, física, psíquica y moralmente; promoviendo el espíritu de entrega y sacrificio.

6. Se constituye oficialmente la Comisión Diocesana de apostolado en los Centros hospitalarios de la Diócesis de Valencia.

7. Estará constituida por un Pleno y una Permanente.

El Pleno estará integrado por: el Delegado diocesano para este campo de pastoral; un sacerdote de cada uno de los centros hospitalarios de la diócesis; un médico de cada Centro; una religiosa de cada uno de los Centros; una Asistente Social por cada Centro; una representante del Consejo de Damas de la Caridad; una Dama de la Caridad que trabaje en Centro hospitalario; representantes de otras organizaciones de apostolado seglar en contacto con Centros hospitalarios; representantes de todas las escuelas de ATS de la diócesis.

La Comisión Permanente la compondrán: el referido Delegado diocesano; un sacerdote representante por cada uno de los cuatro Centros hospitalarios oficiales y mayores de la diócesis: Hospital provincial, hospital clínico, Residencia Sanitaria General Sanjurjo y Ciudad Sanitaria La Fe; un sacerdote representante de los capellanes de los centros privados menores; un médico por cada uno de los Centros citados; cuatro religiosas del campo sanitario; tres ATS; una asistente social; una representante del Consejo diocesano de Damas de la Caridad; una representante de las Damas de un Centro hospitalario; dos representantes de las Escuelas de ATS de Valencia; un representante de otras organizaciones de apostolado en contacto con estos Centros.\*

## PROYECTO DE ESTATUTOS PARA EL CONSEJO DE PASTORAL HOSPITALARIA

*Hermanos de san Juan de Dios. Italia.*

ARTÍCULO 1. Con el intento de promover el espíritu de comunión evangélica, la comunidad hospitalaria de... crea el Consejo de Pastoral.

\* Esta Comisión diocesana fue aprobada por el señor Arzobispo de Valencia, el 20 de noviembre de 1971. Cfr. *Boletín del Obispado*.

Es un organismo que, en ámbito del hospital, promueve la participación responsable de los religiosos, religiosas y de los laicos en la misión de la Iglesia y la unión entre sí y el sacerdote capellán en el cumplimiento de los compromisos propios de tal misión.

ART. 2. El Consejo de Pastoral Hospitalaria es un órgano: permanente; representativo de toda la comunidad hospitalaria y de todos los componentes de la misma; un órgano de ayuda al Capellán y comunidad entera; es un órgano de estudio.

ART. 3. Compete al Consejo de Pastoral estudiar y promover todas las iniciativas que favorezcan el sentido comunitario del hospital y en particular: activar la misión evangelizadora en el medio-ambiente del hospital; sugerir los modos de llevar a cabo la catequesis para que sea acomodada a la comunidad hospitalaria; indicar las formas útiles para obtener una mayor vivencia litúrgica; favorecer una auténtica acción caritativa, fundamentada en el respeto a los valores humanos y cristianos de la amistad; procurar, en lo posible, una eficaz educación de los valores culturales y recreativos.

ART. 4. Dentro del Consejo de Pastoral se nombrará una Comisión que estudie los puntos previstos en el artículo 3.

ART. 5. Pertenecen por derecho al Consejo: el capellán o capellanes; el superior, como director administrativo: la superiora de religiosas; el director-médico.

Los otros miembros que forman parte del Consejo deben ser elegidos entre los que componen la comunidad hospitalaria, según se indique en el Reglamento.

Serán miembros elegidos: un representante de los religiosos; un representante de las religiosas; un representante de los médicos; un representante del personal administrativo; cuatro representantes de las enfermeras.

ART. 6. Los miembros del Consejo Pastoral son elegidos para dos años, pueden ser reelegidos. Los miembros que pertenecen por derecho participarán todo el tiempo que dura su cargo.

Cuando un miembro realiza repetidas ausencias en las reuniones, cesará de pertenecer al Consejo, a juicio de los otros miembros.

ART. 7. Cuando el Consejo Pastoral lo juzgue oportuno podrán ser llamadas otras personas —expertas— con voto puramente consultivo.

ART. 8. El Consejo Pastoral elegirá de entre sus miembros a un secretario que recoja las propuestas, convoque las reuniones y envíe a la Curia Provincial copia del trabajo realizado.

ART. 9. Cada miembro del Consejo puede presentar propuestas, que serán coordinadas por el capellán y secretario para formular el orden del día.

ART. 10. El Consejo Pastoral se convocará de acuerdo con las normas de los Estatutos (cada dos o tres meses) y extraordinariamente cuando se juzgue oportuno o lo pida la mayoría de los miembros o al menos un tercio de los mismos.

ART. 11. Las reuniones deben estar abiertas a toda la comunidad hospitalaria.

El Consejo Pastoral, siempre que juzgue oportuna la asamblea general de toda su comunidad hospitalaria, hágalo para una mayor apertura de mentalidad común, para llevar a cabo lo acordado o para recoger las observaciones y enriquecerse.

ART. 12. Las conclusiones del Consejo serán formuladas en un clima de unánime consentimiento entre capellán y los miembros que pertenecen a él. Debe realizarse un esfuerzo para obtener un verdadero y unánime consentimiento.

Cuando no sea unánime el consentimiento, las conclusiones deben ser aprobadas por la mayoría. En igualdad de votos, el presidente del Consejo decidirá.

ART. 13. El presidente del Consejo es el capellán. Cuando haya dos o más capellanes será presidente el capellán-jefe.

ART. 14. Se establece en la Curia Provincial una Oficina Central de Pastoral Hospitalaria, que, en colaboración con la Secretaría Permanente de los capellanes, tendrá como misión coordinar, informar y programar en todos los hospitales.

## COMITÉ DE PASTORAL EN EL HOSPITAL

*Asociación de Capellanes de hospital de Québec - Canadá.*

### NATURALEZA DE ESTE COMITÉ

Es un organismo creado por el director de la pastoral en el hospital; está formado por elementos representativos y dinámicos de dicho ambiente, realizan un programa de acción y lo ponen en práctica.

### SU OBJETIVO

Realizar la misión de la Iglesia en el medio hospitalario, según la doctrina del Concilio Vaticano II en el decreto sobre los laicos.

## ORGANIZACIÓN

### ELECCIÓN DE MIEMBROS

Se recuerda particularmente la estrecha colaboración entre la Administración y el personal del hospital. Conviene que estén representados los grandes sectores: servicio médico; servicio de personal; enfermería; religiosas y laicos.

Una vez elegidos los miembros, se nombra un presidente, un vicepresidente y un secretario.

La dirección del hospital debe estar sabedora de la formación de dicho Comité. Es necesaria también su aprobación.

### ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

Debe ser un programa amplio. Evitar el legalismo y la rigidez de estructuras. Ser realistas: partir de lo que ya existe y de lo que es posible hacer, para llegar después al ideal.

## REALIZACIÓN DEL PROGRAMA

*La pastoral catequética:* Ver las necesidades espirituales de la comunidad: preparar las homilias dominicales conjuntamente, dar instrucción religiosa correspondiente, grupos, biblia, revistas, celebraciones de la Palabra.

*Pastoral litúrgica:* Unción de enfermos. Penitencia: prever celebraciones comunitarias durante adviento, cuaresma. Fijar horario confesiones. Eucaristía: Horario misas, distribución de la Comunión, formación de grupos de liturgia: lectores, cantores. Fiestas: buscar iniciativas para vivirlas y solemnizarlas: Pascua, Navidad, semana Unidad... Favorecer la oración individual y comunitaria.

*Pastoral caritativa:* que las enfermeras adquieran una mentalidad cristiana, y que los enfermos consigan también un sentido cristiano del dolor; favorecer asociaciones de enfermos; organizar grupos de personas que visiten a los enfermos, sobre todo a los más necesitados; que los grupos profesionales tengan un ambiente cristiano; estar presente en el mundo del ocio, en las diversiones.

*Otras cuestiones:* estudiar el origen de conflictos que surgen en el hospital y son causa de división; estudiar cuestiones médicas que tocan la religión: cuidado a los moribundos, amputación de miembros...

## DESARROLLO

Dar cuenta a la Administración del trabajo realizado. Número de reuniones: variable, según los temas (seis reuniones al año?). Programa bien elaborado para evitar la dispersión de fuerzas y la dejadez.

## PASTORAL DE ENFERMOS EN DIVERSOS PAÍSES

En la imposibilidad de resumir cómo intenta la pastoral hospitalaria abrirse camino en diversos países, qué líneas se siguen aquí y allí, etc., remitimos a nuestros lectores a la revista PRESENCES, n.º 117, 4.º trimestre, 1971.

El lector encontrará diversas respuestas al cuestionario que le sirvió de base a la Revista; se preguntaba: sobre el nombre mismo que se daba a esta pastoral; la coordinación de los diferentes sectores; las ideas, las directrices, la teoría y la práctica; organismos que sienten preocupación por este campo; órganos de reflexión y medios de formación; iniciativas recientes, proyectos, libros, artículos.

Once países han dado respuesta en su mayoría a todas las preguntas, los menos han indicado solamente el esfuerzo de evolución que están notando, señalando sobre todo la toma de conciencia que se lleva a cabo.

Indicamos los países que han respondido al cuestionario, respuestas que vienen consignadas en el número indicado de *Presences*: Alemania, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, España, Francia, Holanda, Italia, Yugoslavia.

A través de su lectura el lector adquirirá una visión más exacta y concreta de la pastoral de enfermos, advertirá también las distintas mentalidades, los diversos medios, y las formas diversas de desarrollo.

# EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (II)

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

## METODOLOGÍA A SEGUIR

Es importante, antes de abordar el tema complejo del Sacramento de la Unción, indicar brevemente la metodología que vamos a seguir.

Parece necesario que, después de centrar la institución partiendo de la acción de Cristo y del contenido de la Palabra divina, se describan los momentos históricos de su evolución.

Una vez que se dispone de todo el material es el caso de profundizar el sacramento y estudiarlo en sí mismo y en sus efectos. Dará como resultado un conocimiento claro del mismo, base sólida para el planteamiento de su revisión y renovación pastoral.

Es evidente que solo al final aparecerán la síntesis y conclusiones que necesitan los pastoralistas para que su ministerio, en cuanto tal, adquiera mayor incisión y eficacia y el Sacramento de la Unción sea aceptado con fruto y participación de los cristianos, conscientes de lo que significa para resolver una situación concreta de su vida: la enfermedad.

## Su institución<sup>1</sup>

### ANTECEDENTES:

#### SU FUNDAMENTO CRISTOLÓGICO

#### LOS MILAGROS DE CRISTO:

#### SALVACIÓN DE TODO EL HOMBRE

Si el punto de partida se sitúa en el misterio de la Redención, se advierte que el Verbo Encarnado viene a compartir una humanidad necesitada de ser curada, redimida y purificada.

<sup>1</sup> Además de las obras citadas en el artículo anterior, presentamos tres publicaciones que juzgamos tienen elementos nuevos y renovadores:

ORTEMANN, Claude. Le sacrement des malades. Histoire et signification. Editions du chalet, Paris, 1971, 142 pp.

Traducción española: El sacramento de los enfermos. Histo-

Apenas se observa el hombre a sí mismo, advierte de manera profunda su finitud y sus defectos. Nace en él con fuerza una aspiración exigente de salvación.

Encontrándose el cuerpo con el pecado, siente en sí mismo sus consecuencias entre las que hay que señalar la enfermedad, que Merleau-Ponty define: una forma de existencia completa y original por la que el cuerpo se presenta e introduce en la conciencia del enfermo dificultando o cambiando nuestra comunión con Dios y con los demás.

La enfermedad produce debilidad física y como consecuencia hace tomar conciencia del sentido de limitación, además de corporal, de limitación espiritual, de la libertad y del ejercicio de la vida cristiana.

La acción benéfica de Cristo en favor de los cuerpos y su integración en el esquema de salvación —efectuado particularmente por medio de los milagros— significa algo más: que la curación física se inserta en la economía de la salvación.

Por esta acción salvadora de Cristo en los cuerpos dolientes y enfermos de los hombres nos descubre que sus relaciones con la humanidad comprende el hombre entero, total.

Juan Bautista manda a sus discípulos para preguntar a Cristo por su misión: «¿Eres tú el que ha de venir, o debemos esperar a otro?» (Lc 7, 19).

Jesús le hace comprender con una referencia muy clara al profeta Isaías (26, 19; 29, 18; 61, 1), que el advenimiento mesiánico se está realizando. Ahora bien, las indicaciones de Cristo aluden a las obras de poder que acompañan la predicación del Evangelio: «En aquel momento curó a muchos de sus enfermedades, dolencias y de malos espíritus... los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los sordos oyen, los muertos resucitan (Lc 7, 21-22; véase Mt 11, 4-5).

ria y significación. Ed. Marova, Madrid, 1972, 152 pp.

POSCHMANN, B. La pénitence et l'onction des malades, Traduit de l'allemand, Ed. Cerf, Paris, 1966, 229 pp.

MASI, Roberto. L'unzione degli infermi nell'economia dei Sacramenti conforme la prospettiva teologica contemporanea, en: F.I.R.O. Quaderni delle Religiose ospedaliere, I (1972), 4-13.

Estas obras de poder hacen retroceder la enfermedad y la muerte y por eso demuestran que la liberación de la enfermedad del cuerpo humano era una señal de los tiempos mesiánicos, de la venida del Salvador.

Los milagros de Cristo —además de confirmar una doctrina— son signos evidentes de toda una acción divina de salvación: lo prueba suficientemente el planteamiento propuesto por Jesucristo a raíz de la curación del parálítico. Ante las murmuraciones responde: «¿Qué es más fácil de decir: 'tus pecados te son perdonados' o bien 'levántate y anda'?» (Lc 5, 23).

Cristo ha asumido una tarea primordial: perdonar los pecados y luchar contra el mal que ha sido causado por este mismo pecado, porque en su Reino el hombre restaurado no entrará ni será admitido con enfermedad ni con sufrimiento alguno: «Proclamad que está cercano el Reino de los Cielos. Curad a los enfermos, resucitad a los muertos, purificad a los leprosos, expulsad a los demonios» (Mt 10, 7-8).

Su mensaje es, pues, curar y perdonar: salvar el cuerpo lo mismo que el alma del hombre, salvarlo completamente, totalmente.

Tiene su importancia la oración previa pronunciada por Cristo en algunos de los momentos —Resurrección de Lázaro (Jn 11, 41-42)— en los que por el milagro infunde nuevo vigor en los cuerpos débiles, enfermos o muertos.

Sería una exageración deducir directamente el Sacramento de la Unción de los enfermos de los milagros de Cristo y más aun si se quisiera identificarle con estos signos prodigiosos.

Lo válido y consecuente es el mensaje de salvación, salud y superación de la enfermedad que encierra la acción curativa de Cristo que encontramos —ya veremos de qué manera— entre los efectos del Sacramento. Es el sentido evangélico que adquiere esta dolorosa modalidad de la existencia humana manifestado por lo que contiene y produce el Sacramento de la Unción de los enfermos.

### *LA HUMANIDAD DE CRISTO, MODELO Y CAUSA DE NUESTRA TRANSFORMACIÓN*

Otra segunda idea que dimana de la persona de Cristo y de su doctrina evangélica nos aclara bajo otro punto de vista la acción salvadora de Cristo.

Es suficiente seleccionar dos momentos de su vida para que quede perfectamente expuesta la idea: su transfiguración y su Resurrección.

En la primera «su rostro se puso brillante como el sol y sus vestidos blancos como la luz» (Mt 17, 2). Esta visión manifiesta lo que el espíritu vivificante de Cristo puede realizar en la naturaleza humana y cómo el Verbo divino la trabaja para poderse reflejar en ella e incorporar a la plena glorificación de la creación.

En la Resurrección es de todos conocida la victoria perfecta y definitiva sobre el pecado y la secuela de efectos que comporta en la persona humana. La naturaleza del hombre es total y completamente sanada quitándola Cristo con su virtud redentora toda posibilidad de debilidad, enfermedad y muerte.

En el momento de la Resurrección consigue la victoria de arrancar a la naturaleza humana de la ley de la muerte. En lo sucesivo lo seguirá realizando a través de su humanidad gloriosa por medio de los contactos sacramentales, en los que hay que incluir los efectos conseguidos y efectuados por la Unción de los enfermos.

Porque en este aspecto Cristo. «Primogénito entre los muertos» (Col 1, 18), es nuestro modelo: aquel en quien debemos fundirnos —en cada sacramento se realiza de una manera característica propia— para compartir su muerte y su Resurrección y prepararnos para vivir eternamente en Dios.

Para que no resultara ineficaz el cometido de la Iglesia, heredera de esta lucha victoriosa contra la muerte, debía poseer los medios necesarios que la capacitaran a continuar la acción de Cristo.

Ya en tiempo del mismo Cristo, al enviar éste a sus discípulos a proclamar que el Reino de Dios está cerca, les ordena: «Sanad los enfermos, resucitad los muertos, limpiad leprosos, expulsad demonios» (Mt 10, 7).

Cuando la Iglesia se propone continuar la obra de salvación iniciada ya por Cristo, lo realiza por medio de los sacramentos. Así como los milagros de Cristo y en la misma línea, los sacramentos expresan, en el tiempo de la Iglesia, la presencia y acción salvífica sobre la persona humana.

### *PARTICIPACIÓN EN LA MUERTE Y RESURRECCIÓN DE CRISTO*

El bautismo introduce al cristiano en el misterio de la muerte y resurrección de Cristo (Rom 6, 3-5). No olvidemos la finalidad que se indica porque sintoniza perfectamente con el pensamiento que exponemos: «así también nosotros vivamos una vida nueva» (Rom 6, 4) «a fin de que fuera destruido este cuerpo de pecado y cesáramos de ser esclavos del pecado» (Rom 6, 6).

Santo Tomás<sup>2</sup> nos da la verdadera dimensión de la idea del apóstol: «en el bautismo se siembra la semilla que posee en sí, eficacia suficiente para liberarnos de todas las penas de la vida presente, tanto del cuerpo como del alma».

Vivir este misterio de la muerte y resurrección del Señor, significa adquirir el derecho al retorno al paraíso y a la vida pascual; pero esto no quiere decir que el cristiano se beneficia inmediatamente de manera plena y definitiva de esa liberación.

<sup>2</sup> S. Th. III, 69, 3.

Quedará luchando con el pecado, el sufrimiento, la muerte. Poseemos solamente las «arras» (2 Cor 1, 22; 5, 5) y las «primicias» (Rom 8, 23) de la liberación definitiva. Arras y primicias dadas por el Espíritu que nos está santificando sobre todo por medio de los contactos sacramentales. Este texto de San Pablo gana en claridad al tener en cuenta el contexto: «nosotros mismos gemimos en nuestro interior anhelando el rescate de nuestro cuerpo. Porque nuestra salvación es objeto de esperanza» (Rom 8, 23-24).

Pero acaso la exposición más expresiva y clara se encuentre en el mismo San Pablo: «Y si el Espíritu de Aquel que resucitó a Jesús de entre los muertos, habita en vosotros, Aquel que resucitó a Jesús de entre los muertos, dará también la vida a vuestros cuerpos mortales por su Espíritu que habita en vosotros» (Rom 8, 11).

Ahora bien: la vida cristiana ofrece múltiples aspectos de su vida, aptos para que se realice esta participación de la muerte y resurrección de Cristo: los sacramentos de la Penitencia, de la Eucaristía y del Matrimonio completan y perfeccionan esta iniciación comenzada en el bautismo. El sacramento de la Unción de los enfermos posee todos estos connotativos para un momento propio y característico de la vida del cristiano: en la enfermedad.

### LA TRANSFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL CRISTIANO

Aunque el carisma de la curación de los enfermos y de transformar su muerte en vida ha existido siempre en la Iglesia, se manifiesta más reiteradamente en la Iglesia de los primeros siglos.

Este carisma tiene en el seno eclesial dos vertientes. La primera cuando su efecto es el milagro actuando en contra o prescindiendo de las leyes naturales inherentes a la vida y a la enfermedad. Históricamente se puede comprobar que este modo carismático de relacionarse la curación, o si se quiere la salvación y la enfermedad en el cristiano, ha continuado hasta nuestros días en la vida de la Iglesia.

Una segunda forma de actuar este carisma destinado a los enfermos mejor que a la enfermedad —se encuentra de manera natural, aunque no menos misteriosa— en la Unción de los enfermos. Podríamos llamarlo —y con propiedad de términos— carisma institucionalizado y remedio sacramental de los efectos producidos por la enfermedad corporal y espiritual.

Lo que unifica en cierto sentido el carisma y el sacramento es la intención que preside su utilización: la lucha contra la enfermedad en el plano propiamente cristiano, o sea en un orden de cosas inmediatamente contiguo al Reino escatológico en donde «no habrá ya muerte ni habrá llanto, ni gritos, ni fatigas» (Apoc 21, 4).

Los signos cristianos de la Unción de los enfermos realizan su eficacia sobre esta doble dimensión humano-cristiana: contrarrestar las fuerzas destructoras de la enfermedad y comprender la significación, es más, el valor cristiano de la misma enfermedad.

Así se comprende la caridad hacia los enfermos —algo sacrosanto para los cristianos —y la eminente dignidad del enfermo que abiertamente reconocen las instituciones cristianas fundadas con el fin de ayudarles.

Así se explica —y soy del parecer que hay que entenderlo en este sentido— cómo reiteradamente la Iglesia pide, de manera total y sin limitaciones o condicionamientos de ningún género, la salud del alma y del cuerpo.<sup>3</sup>

Debemos tener presente que la Iglesia se preocupa del cuerpo y de sus dolencias y enfermedades en todo momento. El sacramento de salvación que es Ella, lo manifiesta constantemente: Bendiciones sacramentales, alimentos, clima, etc., dicen relación directa y están encaminados a favorecer el cuerpo. Su culminación será algunos actos sacramentales por ejemplo el Matrimonio y nuestra Unción de los enfermos.

Dado que el estado de enfermo produce notables interferencias en la vida humana, se puede comprender por qué Cristo instituyó un sacramento para los enfermos. Otro tanto hay que afirmar sobre la importancia de la enfermedad en la sociedad humana y en la Iglesia. Cristo quiso una ayuda para estos momentos. Es fruto, como los otros sacramentos, de su amor y caridad hacia el hombre aquejado de enfermedad.

Pero sobre todo se elabora una liturgia para ayudar concretamente al enfermo —más aún si está grave— con la oración de la Iglesia, su bendición, su confortación, su asistencia espiritual y su caridad activa: tiene toda una liturgia de la visita a los enfermos.

De manera totalmente especial pone a disposición el gran remedio, la «medicina de la Iglesia»: el sacramento de la Unción. Así les ayuda en su esfuerzo de liberación espiritual y de curación corporal o de generosa superación de la enfermedad.

El enfermo comprometido realmente con su cristianismo cobra conciencia de lo que significa su enfermedad y, aun pidiendo la gracia de ser liberado de la misma, se da cuenta de que puede ser el medio para conseguir su purificación, su santificación y su identificación mística con Cristo Crucificado hasta constituirse como Él en alabanza de Dios.

Finalmente para que esta doctrina encuentre su contexto cristiano perfecto, el enfermo debe comprender por la fe que la muerte ha de llegar a constituirse en el más perfecto acto de amor, en el paso ideal del mundo

<sup>3</sup> Como en la oración a la Virgen en su Oficio Común: «Te pedimos Señor, que nosotros, tus siervos, gocemos siempre de salud del alma y cuerpo y por la intercesión de Santa María, la Virgen, libranos de las tristezas de este mundo y concédenos las alegrías del cielo».

a Dios, en el sacrificio perfecto en beneficio de toda la humanidad, como una imitación perfecta de su modelo Cristo y una realización en el misterio pascual.

El «...para mí la vida es Cristo, y la muerte, una ganancia» de san Pablo (Fil 1, 21) viene a dar toda la dimensión cristiana en la que ha de ser comprendido el tiempo de la vida, mucho más la enfermedad y su tratamiento cristiano efectuado por la Unción de los enfermos.

Los mártires van a la muerte como quien va a una fiesta, penetrados como están de que «Bienaventurados los que mueren en el Señor». Entre los ejercicios preparatorios ha de incluirse la enfermedad. El sacramento de la Unción tendrá su misión específica como eficaz colaboración en la consecución de ideales tan sublimes.

### EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN Y SU FUNDAMENTACIÓN BÍBLICA

Una vez que hemos ambientado el Sacramento de la Unción en la doctrina de la salvación según la revelación, pasamos a exponer la institución propiamente dicha del sacramento.

No es fácil encontrar en los Evangelios para cada sacramento el momento histórico de su institución. Por otra parte esto no es indispensable para asegurar la fidelidad eclesial al espíritu y a las consignas de Cristo. La tradición de la Iglesia es adhesión y memoria inalterable a la enseñanza y prácticas de su Fundador.

En este, como en otros muchos casos, no es necesario tener textos bíblicos, ya que los sacramentos no nacieron de textos bíblicos sino más bien de la vida y acciones de Cristo; y la Iglesia, antes de toda referencia escrita, se fundamenta en la Persona de Jesús.

Dos autores sagrados; Marcos en su Evangelio y Santiago en su Carta, son los que expresamente tratan, según el Concilio Tridentino, el tema del Sacramento de la Unción de los enfermos, aunque de distinta manera.

### LA «INSINUACIÓN» DE SAN MARCOS

Según el citado Concilio —del que nos ocuparemos detenidamente en próximos artículos— el Evangelista san Marcos no hizo otra cosa que «insinuar» el sacramento de la Unción. No es más que un esbozo y aun menos: un simple rasgo del sacramento.

Marcos es el único evangelista que expresamente recuerda las unciones del óleo usadas por los apóstoles sobre los enfermos, al describir la misión apostólica de los doce, viviendo todavía Cristo: «y, yéndose de allí, predicaron que se convirtieran; expulsaban a muchos

demonios, y ungián con aceite a muchos enfermos y los curaban» (Mc 6, 12-13).

Las características de esta acción tiene algunas relaciones íntimas con las acciones de Cristo, por ejemplo, sus milagros, que ya hemos indicado.

La única novedad es el uso del óleo, si bien no en la época de Cristo, utilizado universalmente en medicina. Lo que se encuentra realmente «nuevo» es la eficacia, llamemos, carismática del aceite porque se trata de curaciones carismáticas o milagrosas, pero no son el efecto espiritual, de la gracia sacramental aunque lo quieran ver teólogos como santo Tomás, san Buenaventura, etc. Una cosa es cierta: aunque desconocemos las enfermedades curadas, se da realmente una eficacia corporal.

Es significativo el doble paralelismo que se puede advertir fácilmente. Paralelismo en primer lugar entre el empleo del aceite como remedio y nuestras unciones sacramentales. Y paralelismo además entre el carisma de la curación en la época evangélica y nuestro sacramento de la Unción de los enfermos.

### LA «PROMULGACIÓN» DE SANTIAGO

El Concilio de Trento, sesión XIV, ratificó de manera clara y precisa «como de fe» que el apóstol Santiago en su carta (5, 14-15) habla del sacramento de la Unción. Pero no lo «instituye», sino lo «promulga», lo «recomienda». Se presupone su existencia e institución por Cristo. El mismo Concilio lo afirma con toda claridad: es un sacramento verdadera y propiamente instituido por Cristo». La historia nos confirmará que primero es el rito y luego la aplicación del texto; pero de esto tendremos que volver más detenidamente.

Analicemos, mejor: hagamos exégesis del texto completo del apóstol Santiago para dar seriedad al contenido de la Palabra divina.

El apóstol Santiago está concluyendo su carta con algunas exhortaciones o consejos pastorales sobre las diversas situaciones humano-cristianas en que se puede encontrar el seguidor de Cristo: una de ellas es la enfermedad: «¿Está enfermo alguno entre vosotros? Llame a los presbíteros de la Iglesia, que oren sobre él y le unjan con óleo en el nombre del Señor. Y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor hará que se levante, y si hubiera cometido pecados, le serán perdonados» (Sant 5, 14-15).

Ante todo se trata de un enfermo, todo da a entender, por lo menos de una cierta gravedad, ya que se ve en la necesidad de llamar a los presbíteros porque el enfermo no puede desplazarse obligado a guardar cama.

Pero a su vez es absolutamente necesario constatar que no se expresa ningún estado agónico o tal estado de enfermedad que implique irremisiblemente un proceso camino de la muerte. No se trata de un moribundo.

Además es fundamental comprender que la primera y

más destacada situación es la de enfermedad corporal-física a la que está dirigida la acción sacramental y sobre la que recaen los efectos sacramentales de la oración y de la unción.

Una buena constatación de cara a la revisión pastoral del sacramento.

Los ministros del sacramento son los «presbíteros de la Iglesia». Algunas anotaciones nos descubrirán el auténtico pensamiento del apóstol Santiago.

En la primitiva Iglesia —y en el curso de la vida de la misma— encontramos cristianos con el carisma de curación, según lo hemos indicado arriba. San Pablo (1 Cor 12, 9, 28, 30) en la descripción de los carismas dados por el Espíritu para el bien común, enumera el don de las «curaciones», carisma que reciben algunos cristianos.

Se trata de dones personales distintos de las acciones eclesiales de la jerarquía o de las acciones sacramentales. La enumeración de otros carismas incluidos en la lista procurada por san Pablo, lo aclara suficientemente.

Además de este carisma que puede recibir cualquier bautizado, existe un grupo en la Iglesia bien definido, los presbíteros —nuestros actuales sacerdotes y obispos— quienes según los Hechos de los Apóstoles (20, 28) son los «puestos por el Espíritu Santo como vigilantes (original: obispos, dirigentes de la comunidad cristiana) para pastorear la Iglesia del Señor».

Santiago relaciona íntimamente la acción de los presbíteros sobre los enfermos como algo sacramental y como función propia de los mismos presbíteros. Es necesario ser presbítero-sacerdote para efectuar el rito que el Apóstol expone a continuación.

Pasa Santiago a describir la acción o mejor las acciones que han de realizar los presbíteros sobre los enfermos.

Abre la lista la oración. Intervenir ante Dios en favor de un enfermo está muy generalizado en el mundo pagano y abundan testimonios en el mundo judío.

Limitándonos a los testimonios ofrecidos por el Antiguo Testamento se dan casos como los amigos de Job (2, 11), que vienen a visitarle para condolerse y consolarle. Según el Eclesiástico (7, 35) la visita al enfermo no ha de ser descuidada ya que se gana amor. En el Salmo 35, 13, se añade la penitencia y la oración por el enfermo, con lo que llegamos a nuestro caso.

De lo expuesto en el artículo anterior aparece suficientemente claro que se tiene puesta la confianza en la acción curativa de Dios. Por eso se le suplica con la oración de la fe de donde procede la eficacia de la intervención de los presbíteros.

El segundo elemento que integra la acción sacerdotal es la Unción. No es claro, ni tiene además mayor trascendencia, si la oración y la unción eran realizadas al mismo tiempo, lo cual aparece más lógico, o la oración seguía a la unción.

Nos desviaríamos del tema si describiéramos la función y puesto del óleo o aceite en la farmacopea antigua

y aun en el judaísmo, con su rico simbolismo aplicado a la muerte y a todos los fenómenos humanos, espirituales y hasta escatológicos que le acompañan, expresando las ideas de alegría, protección en el camino hacia el cielo, dicha, vida y resurrección. El apóstol Santiago incluye evidentemente además de la eficacia natural, un efecto sobrenatural.

Esta eficacia está concebida por la relación entre oración y unción, pero sobre todo porque es realizada «en nombre del Señor», «en nombre del Jesús glorioso» como en cualquier otro sacramento.

En el contexto bíblico<sup>4</sup> la frase que también utiliza el apóstol Santiago «en el nombre del Señor» significa no solamente que la acción se realiza en el nombre de Cristo, comprende además que la acción es ejecutada por orden suya.

Se comprenderá mejor si expresamos la idea con frases parecidas a estas: «por la fuerza del nombre», «a causa del nombre», «bajo la invocación del nombre», «por el poder del nombre». En todas estas frases el sentido es que está representada la persona o, por lo menos, su poder, que al fin son conceptos paralelos.

Para Santiago apóstol, pues, la frase usada «en el nombre del Señor» significa por lo menos el poder del Señor, poder en este caso «terapéutico». La frase siguiente —«la oración de la fe»— centra perfectamente esta idea superando, como insuficiente, la concepción mágica de la eficacia del óleo, para unirla a la de la virtud o poder del mismo Cristo.

Al principio de esta explicación exegética hemos notado que el estado del cristiano es el de la enfermedad. Reconociendo que es física y corporal, al indicar el apóstol Santiago el efecto de la salud, ¿se refiere al aspecto físico o al espiritual?

Concretándonos al Nuevo Testamento «salvar» significa igualmente el paso de la muerte a la esfera de la vida, tanto en el aspecto natural como escatológico. Esta afirmación está plenamente confirmada por la curación del paralítico (Mt 9, 2; Mc 2, 5; Lc 5, 20). La expresión de Jesús ante un enfermo físico no deja lugar a dudas: «Ánimo, hijo, tus pecados te son perdonados». Según los comentaristas de la Biblia de Jerusalén quiere Cristo significar una promesa de curación, puesto que las enfermedades se consideraban como una consecuencia de un pecado cometido por el paciente o sus padres (Jn 9, 2-3, desmentido en parte por Cristo). Aparece más acentuado el aspecto corporal si no es más porque la curación física adquiere todo su sentido sólo cuando es incluida en una perspectiva espiritual.

Jesús, sin adherir a la concepción judía de que la enfermedad es castigo del pecado, sostiene con todo una relación global en el sentido de que la enfermedad es

<sup>4</sup> Mc 9, 38; Lc 10, 17; Hech 4, 10; 1 Cor 5, 4; 6, 11. En todos estos textos se utiliza la frase o el mismo sentido que la da Santiago.

uno de los males que afectan la condición humana del hombre pecador.

Más concreto: Santiago, que en cuatro ocasiones (1, 21; 2, 41; 4, 12; 5, 20) habla de salvación en sentido espiritual o escatológico, y considera también el sufrimiento dentro de una significación sobrenatural (1, 2-12; 4, 1-3; 5, 7-9, 13) en este caso del enfermo con toda probabilidad quiere dar a la palabra el sentido de curación corporal. Es un enfermo físico y por lo tanto lo que se pide es una curación de su enfermedad.

Pero no materialicemos demasiado la concepción de la curación. No es admisible que Santiago garantice a todos los creyentes enfermos la curación poniendo en práctica sus recomendaciones. El Señor cura por la oración y la unción de los presbíteros concediendo al enfermo el vigor necesario para dominar en el orden espiritual su situación de enfermo.

En conclusión: sin excluir la recuperación de la salud física, se ha de comprender ante todo la fuerza dada por el Señor al enfermo para que asuma espiritualmente el sufrimiento que comporta la enfermedad.

Hasta aquí hemos hablado del efecto directo del Sacramento, normalmente Sacramento de vivos, que volveremos a examinar al estudiar el sacramento en cuanto tal. Santiago añade otro efecto producido de manera

accesoria, si el enfermo tuviera necesidad: el perdón de los pecados que pudiera tener.

Pecados que nosotros denominamos actualmente graves o nos enemistan gravemente con Dios y las miserias inherentes a la debilidad humana de los que el enfermo es más o menos responsable.

Pero —repetimos— no se ha de pensar en una relación causal entre enfermedad y pecado. Puede y debe recibir el sacramento de la Unción quien no tenga necesidad de la remisión de los pecados.

Dado que es conferido a un cristiano que se encuentra en una situación concreta por lo que le es difícil o imposible ejercitar con plenitud de responsabilidad sus funciones ordinarias humanas, la Unción cumple con la remisión de los pecados.

Este efecto accesorio nos viene a probar que la acción de los presbíteros se la consideraba verdaderamente sacramental: la razón es comprensible: produce la gracia y perdona los pecados, como el sacramento de la Penitencia.

Esto es todo lo que puede encontrarse en la Palabra divina referente al Sacramento de la Unción. En el próximo artículo analizaremos la toma de conciencia y formas de vivirlo por la Iglesia a lo largo de toda su historia.

## Calendario Hospitalario 1973

MURAL — SOBREMESA — BOLSILLO

Para usted — Para sus amigos

Reserve usted sus CALENDARIOS  
antes de que sea tarde

**EDITORIAL HOSPITALARIA**

**Hermanos de san Juan de Dios**

Avda. Gralmo. Franco, 547

BARCELONA 14

# COMPROMISO CRISTIANO FRENTE AL ENFERMO

Por Fr. MANUEL MARCO, O. H.

La difusión que LABOR HOSPITALARIA está logrando —cada vez más— en los países hermanos de Hispanoamérica, nos obliga a agradecer la colaboración de este distinguido y celoso hermano de san Juan de Dios que trabaja de capellán en el hogar clínica san Rafael, Maracaibo, Venezuela.

## DESARROLLO Y CONEXIÓN

El enunciado del tema que me ha sido asignado, para este Curso de Pastoral Hospitalaria, no es simplemente una frase bonita que suena bien. Yo supongo que es fruto de una previa reflexión sobre su profundo significado.

Analicemos, pues, cada uno de sus términos con el fin de situarnos y centrar nuestra atención en el desarrollo y conexión de las coordenadas que irán surgiendo y que nos permitirán llegar a una toma de conciencia en la constante evolución de nuestra asistencia apostólica al enfermo.

**COMPROMISO.** Actitud consciente y responsable que nos obliga a vivir las exigencias de la humana dinámica hasta en sus últimas consecuencias.

**CRISTIANO.** De todo bautizado que, por estar configurado con Cristo en el bautismo y ser en su comportamiento representante del Pueblo de Dios peregrino, está llamado a proyectar en el medio ambiente una concepción escatológica de los valores humanos.

El cristiano deberá tener siempre como porte de su vida que: «nada hay verdaderamente humano que no encuentre eco en su corazón» (G. Sp. 1).

«El creyente debe gestionar los asuntos temporales, ordenándolos según Dios» (L. G. 31).

**FRENTE AL.** Indica dirección, proyección hacia un objetivo concreto y determinado.

**ENFERMO.** Una *persona* que ha experimentado disminución de sus facultades físico-psíquico-somáticas en sus constantes biofisiológicas en relación consigo mismo y con el ambiente que le circunda; que por ello se encuentra en una situación distinta con una problemática nueva, para cuya solución, tácita o expresamente, cuenta siempre con el auxilio de otra persona que al menos

pueda ayudarle a descubrir el sentido de su enfermedad y también una orientación.

Conviene advertir, ya desde ahora, que cada enfermo y cada enfermedad tiene unas características diferenciales que hacen que la problemática terapéutica sea diversa en cada caso, por razón de la edad, la psicología, el ambiente, etc.

Nos encontraremos con enfermos: niños, adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos; agudos, crónicos, somáticos, psíquicos.

Tampoco es lo mismo situarse frente al enfermo desde dentro como desde fuera.

Ahora nos situamos desde fuera.

Y lo hacemos para tratar de dar una respuesta o una serie de respuestas a esta pregunta: ¿Cuál debe ser nuestra conducta frente al enfermo que de alguna manera nos inquieta:

¿Por qué estoy enfermo?

¿Qué sentido tiene mi enfermedad?

¿Cuál debe ser mi postura ante esta enfermedad, sin remedio?

## ORIGEN DE LA ENFERMEDAD EN EL MUNDO

El dolor, el sufrimiento, la enfermedad, son realidades que acechan a todo ser humano, son universales en el tiempo y en el espacio. Es un postulado que no precisa demostración. Hay que admitirlo forzosamente, en la seguridad de que más o menos tarde nosotros mismos seremos su codiciada presa.

Ni la edad, ni el dinero, ni la virtud pueden ahuyentarlas y librarse de ellas.

Es por lo que, muchas veces con angustia, nos preguntamos: ¿dónde está la raíz, la causa, el origen de todo esto?

El problema del mal, en cualquiera de sus manifestaciones, no deja de ser un misterio, ante el que tenemos

que decir con categórica certeza: Dios no quería ni el mal moral, ni el mal físico.

En su plan maravilloso de la creación no entraba ni el pecado, ni el sufrimiento, ni la muerte.

Cuando Dios hubo creado al hombre «a su imagen y semejanza» vio que todo era «muy bueno». Con tanta magnanimidad actuó que le otorgó la exención del dolor y de la muerte. Sólo cuando la criatura, en ambición de ser Dios, se rebeló en desobediencia contra su Creador, perdió aquel don condicionado y oyó, a manera de tempestuosa cascada: «con el sudor de tu frente comerás el pan» y «con dolor parirás a tus hijos».

El hombre, sí, el hombre, abusando de su fuerza suprema: La libertad, es el causante, la raíz, el origen de todos sus males físicos y morales. También, lógicamente, de la enfermedad.

Será el orgullo, individual o colectivo, que hiere, el egoísmo que margina y posterga, la sensualidad que explota, el erotismo que esclaviza y degrada, la avaricia que acapara, la soberbia que extermina, la negligencia en prevenir, el alcohol, las drogas, los alucinógenos.

Las causas segundas son casi siempre la razón y la fuente del gran drama del dolor, en que se debate la humanidad.

Frente a este drama, en el que es espectador y protagonista, el cristiano ¿qué postura debe adoptar?

Sencillamente: la de Cristo de cuyos sentimientos debe estar revestido.

### JESUCRISTO FRENTE AL ENFERMO

Hay un momento en la marcha de la humanidad, llamado «plenitud de los tiempos», en el que Dios se hace presente en la historia de los hombres, tomando un cuerpo humano haciéndose igual al hombre en todo, menos en el pecado.

Este hombre-Dios tiene un nombre propio: Jesús-Salvador.

La naturaleza humana, tomada del seno virginal de María, por la persona del Verbo del Padre es pasible.

Jesucristo suda, se fatiga, se angustia, llora, tiene miedo: sufre y muere.

Y es que Cristo no vino a eliminar o suprimir el sufrimiento; ni aun siquiera a explicar su misterio: «sino a llenarlo de su presencia» (Claudel).

Vino a tomar sobre sí el dolor de sus hermanos, de modo que ningún dolor humano le es extraño. «Tomó nuestras enfermedades y cargó nuestras dolencias» (Mt 9, 35).

En Jesús ningún sufrimiento es inútil. Ningún dolor se pierde. Vino a buscar nuestros dolores, nuestras torturas, nuestras angustias. Los encontró. Los tomó e hizo suyos para convertirlos en instrumento de redención. Lo que fue consecuencia del pecado es ahora, en Cristo y por Cristo, fuente de salvación.

«La cruz es el signo, el sacramento del sufrimiento

de los hombres que Dios mismo recibe, que Dios carga sobre sus propias espaldas» (Prozato).

Mas la actitud de Jesús frente a las enfermedades y a los enfermos no es una actitud de pasiva compasión, que se limite solamente a contemplarlas, regalándoles una sonrisa amable o una emotiva bendición.

Es una actitud operante, resumida en la profunda frase de Pedro: «pasó por el mundo haciendo el bien».

Las curaciones que Él realizó eran, a veces, argumento de su Mesianidad: «id a decir a Juan lo que habéis visto: los cojos andan, los ciegos ven» (Mt 11, 2).

Otras eran la prueba de su divinidad: «para que veáis que el Hijo del hombre tiene poder de perdonar los pecados... Coge tu camilla y vete a tu casa» (Mt 9, 1).

En tono quizá algo enfático, pero con fondo de gran realismo, se nos dice cómo: «recorría ciudades y aldeas enseñando, predicando, curando toda enfermedad y dolencia» (Mt 9, 35).

Atendía la oración colectiva e individual en favor de los enfermos, yendo a veces a los mismos domicilios visitados por el dolor. Así curó a la suegra de Pedro porque «le rogaron por ella» (Lc 4, 38).

«Mi hija está enferma, muriéndose», le ruega Jairo, a quien hasta entonces Jesús no había pasado de serle indiferente.

«El que amas está enfermo» (Jn. 11, 3), fue suficiente para que resucitara a Lázaro, el amigo.

Cristo se identifica con el enfermo hasta el punto de que considerará hecha a Él cualquier atención habida con alguno de sus hermanos más pequeños: «estuve enfermo y me visitasteis».

Ni un vaso de agua fresca dado en su nombre quedará en el olvido.

Quiere que sus discípulos sigan sus ejemplos frente a los enfermos, y les dio poder «para curar toda enfermedad y toda dolencia» (Mt 10, 1).

Les mandó: «curad a los enfermos, limpiad a los leprosos» (Mt 10, 8), con una recomendación: «gratis lo recibis, dadlo gratis».

Les envió a: «predicar el reino de Dios y a hacer curaciones» (Mc 9, 1).

Y ellos: «ungiendo con óleo a muchos enfermos los curaban» (Mc 6, 13).

Les confirió: el oficio de «enseñar», la misión de «predicar», la tarea de «orar», el ministerio de «curar a los enfermos» (Mc 10, 9), «sobre los que pondrán sus manos y recobrarán la salud» (Mc 16, 17).

Hasta un sacramento legó a su Iglesia en favor de los enfermos, con la virtud de devolverles la salud y perdonarles los pecados al tiempo que ayudarles a aceptar y soportar el sufrimiento con sentido cristiano: *La Unción de los enfermos*. «Si alguno de vosotros enferma, haga llamar a los presbíteros de la iglesia y oren sobre él, ungiéndole con el óleo en el nombre del Señor, y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor lo aliviará, y los pecados que hubiere cometido le serán perdonados» (Sant. 5, 14-15).

## LA IGLESIA FRENTE AL ENFERMO

«La Congregación de todos los creyentes que miran a Jesucristo como autor de la salvación y principio de la unidad y de la paz es la Iglesia» (L. G. 9).

«Nacida del amor del Padre eterno, fundada en el tiempo por Cristo Redentor, reunida en el Espíritu Santo, la Iglesia tiene una finalidad escatológica y de salvación, que sólo en el siglo futuro podrá alcanzar plenamente» (G. et Sp. 40).

«El poder salvador que la Iglesia, conducida por el Espíritu Santo, ha recibido de su Fundador» (G. et Sp. 3) está al servicio del género humano.

«El hombre, pero el hombre entero, cuerpo y alma, corazón y conciencia, inteligencia y voluntad, es la persona humana la que hay que salvar» (G. et Sp. 3) es el centro de la acción de la Iglesia que «continúa la del Salvador en beneficio de los hombres al entrar en el dinamismo de Cristo mismo que devuelve todo a su Padre: 'todo es vuestro; pero vosotros sois de Cristo y Cristo es de Dios'» (Ev. Test. 50).

El Pueblo de Dios, mientras peregrina en fe y esperanza, en fraternidad de amor hacia el encuentro del Padre, sigue encontrándose con el dolor, el sufrimiento y la enfermedad en el escenario de su acción salvadora, llevándolo hecho carne en sus propios miembros; pues no puede sustraerse a las circunstancias que determinan la historia de los hombres, quienes consciente o inconscientemente dirigen a él una mirada llena de esperanza para sus problemas.

Apenas nacida y promulgada, la Iglesia conducida siempre por la acción del Espíritu, tuvo como suprema aspiración: cumplir la voluntad de su Fundador.

Por lo mismo, y en pleno paralelo, al mismo tiempo que empezó a «predicar» la Buena Noticia procuró «curar» a los enfermos, enseñándoles el sentido redentor del dolor.

Reconociendo que la «religión pura e inmaculada ante Dios Padre es visitar a los huérfanos y a las viudas en sus tribulaciones» (Sant. 1, 27) surgieron en su seno los primeros diáconos, para atender a los hermanos en sus necesidades (Hech. 6, 3).

Donde haga acto de presencia la Iglesia, y a la luz de su mensaje, nacerá en los pueblos, civilizaciones y culturas, el respeto, la comprensión y la preocupación hacia el hombre enfermo que empezará a ser tratado como persona a la que se le reconocerá el derecho de convivencia sin temor a ser expulsado de la sociedad o a ser eliminado, o simplemente abandonado a su suerte.

La misericordia, lejos de ser un vicio, como dijo Epicteto, es una virtud nacida del mismo corazón de Cristo que deberá practicar la Iglesia.

Si la sociedad podía antes desprenderse despiadadamente del niño minusválido o del anciano decrepito o del enfermo desahuciado, por considerarlo una carga pesada o una inutilidad, cuando no un fatalismo, en adelante y entre cristianos ya no será así. El hombre

enfermo es también «imagen de Dios», por Él amado.

Los apóstoles tendrán gran cuidado de recomendar a sus cristiandades la hospitalidad, como expresión de un auténtico amor fraterno, mandado por el Maestro.

«Sed hospitalarios unos con otros, sin murmuración. El don que cada uno ha recibido, póngalo al servicio de los otros»; esta es la recomendación del primer Vicario de Cristo (1 Pet. 4, 9-10). Esto como exponente de la ferviente caridad que deben tener unos para con los otros (Jud. 4, 8).

«Subvenid a las necesidades de los santos, sed solícitos en la hospitalidad», escribe Pablo a los fieles de Roma (Rom. 12, 13).

En la carta a los hebreos leemos: «no os olvidéis de la hospitalidad, pues por ella algunos, sin saberlo, hospedaron a ángeles» (Heb. 13, 2).

Así el espíritu de misericordia vivo en la Iglesia, no debe extrañarnos que el hospital sea creación cristiana y que naciera al amparo de los templos y de los monasterios.

Los hospitales son fruto del amor fraterno, primero como exigencia de la caridad y de la justicia; después, que de ambos valores tiene buena noción.

Filológicamente hablando hospital se deriva de hospes, huésped.

De donde podemos colegir que enfermo igual a huésped o enviado de Dios, a quien hay que atender con dignidad.

El enfermo no es un objeto, ni un número; no es algo, es alguien. Es, en una palabra, un hermano, en función del cual está el amor por aquello de que no es el hermano para el amor, sino el amor para el hermano.

Así nos explicamos por qué se multiplican en la cristiandad los hospitales bajo la advocación del Espíritu Santo. El Espíritu Santo es el *Consolador*: es el *Amor*.

En el hospital el enfermo encontrará lo que busca: consuelo y amor, como punto de arranque para todo lo demás que precise.

Pienso que todo hospital es un templo: el «templo del dolor».

He visto hospitales antiguos y modernos con sus salas en forma de cruz, en la que he querido ver el «signo» de la presencia de Cristo allí. Y he pensado que aquellas salas son las naves del templo con tantos altares como camas, en las que el enfermo, *sacerdote* y *hostia*, *ofrece* y *se ofrece*. Si tales sacerdotes hostias ofrecen y se ofrecen al mismo tiempo, ¿por qué no poder hablar de una concelebración en el *sacrificio del dolor*, en ejercicio del sacerdocio común de los fieles?

De todos modos, pensemos que Cristo está presente en el hospital de tres maneras distintas, pero no menos reales: en la Eucaristía, —Cristo eucarístico—; en el dolor de los que sufren —Cristo paciente—; en el amor de los que asisten al enfermo —Cristo misericordioso—.

Para servir en el «templo del dolor» fueron surgiendo los «sacerdotes del dolor»; esa serie de personas consa-

gradas que en el Pueblo de Dios tienen la misión de «*practicar la misericordia con alegría*» (Perf. Car. 8), a las que «la Iglesia ha confiado el ejercer en su nombre la propia caridad» (Jbd.) «confirmándolas en su vocación tan útil a la función pastoral de la Iglesia» (Jbd. 10).

Servicio que ejercen con limpio corazón, manos candidas, no por sórdido interés y si en plenitud de entrega.

La Iglesia está presente junto al enfermo en cada una de estas personas consagradas, muchas veces puente que une en el lecho del dolor a los hijos que sufren con el Padre que ama.

La Iglesia sabe que «el dolor no es ya inútil, ni sólo dispersión y desgarró en la vida» (Pablo VI) sino que es fuente de savia y energías nuevas. Por eso establece el Día del enfermo misionero, en la solemnidad de Pentecostés. Únicamente el Espíritu puede darnos a conocer las maravillas del poder salvífico del sufrimiento.

El enfermo no lucha solo en su enfermedad. Cristo está en él. La Iglesia está a su lado, a su servicio.

«Hermanos visitados por el dolor en sus mil modos, sabed que no estáis solos, ni separados, ni abandonados, ni inútiles; sois los llamados por Cristo, su vida y su transparente imagen. El Concilio *os saluda, os da las gracias, os asegura la amistad y la asistencia* de la Iglesia» (Mens. Conc. Hum.).

## NUESTRO COMPROMISO FRENTE AL ENFERMO

Expuestos a la luz de la fe el origen del dolor, del sufrimiento y de la enfermedad, el sentido y dirección que Cristo dio a estas realidades a las que el hombre no puede sustraerse, la actitud tomada por la Iglesia, siguiendo el ejemplo de su divino Fundador; me parece llegado el momento de exponer cuál debe ser nuestra misión frente al enfermo, hablando en cristiano, para cristianos.

Partimos de que en nuestra marcha ascensional hacia la Casa del Padre no caminamos aisladamente; sino que «quiso el Señor santificar y salvar a los hombres no individualmente y aislados entre sí, sino constituir un pueblo que le conociera en la verdad y le sirviera santamente» (L. G. 9).

De aquí deducimos que: «todo hombre es mi hermano»; que «los gozos y esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo» (G. et Sp. 1); que estamos en el mundo para con Dios y con nuestros hermanos los hombres perfeccionar y redimir el Universo, a cuya causa hemos de entregarnos iluminados por la fe, en el gozo de la esperanza a impulsos del amor (M. Quoist, Triunfo).

El paso del cristiano por la vida tiene un escenario concreto y determinado en el tiempo y en el espacio,

en el que sus huellas quedarán indelebles por el influjo realizado. Cada tiempo y cada lugar tienen unas características muy peculiares y diferenciales.

El cristiano tiene una misión que llenar, exigida por su vocación de tal: dignificar con su *presencia* y su *acción* las estructuras humanas en todos sus órdenes, sometidos a una constante evolución; «porque nada hay verdaderamente humano que no encuentre eco en el corazón de los discípulos de Jesús» (G. et Sp. 40).

La Iglesia está junto al enfermo en nosotros y por nosotros, llamados a ser «signo» de la presencia de Cristo que, en sus miembros prolonga su peregrinar por el mundo «haciendo el bien».

Nosotros frente al enfermo somos unos hombres que queremos ayudar a otro hombre, en nuestra condición de cristianos.

Debemos ayudarle: a tomar una postura, en su enfermedad, digna de su ser humano, que debe estar muy lejos de la rebeldía, la pasividad, la negación-olvido, o la evasión en el alcohol, la droga, los alucinógenos, el suicidio.

## DESCUBRIRLE EL SENTIDO

Intentaremos descubrirle el *sentido* que tiene toda enfermedad, a la luz del misterio pascual del «siervo de Yavéh» —pasión, muerte y resurrección—.

Todo enfermo participa del dolor-redentor de la Cabeza del cuerpo místico, que continúa sufriendo en sus miembros para la salvación de «muchos».

Todo enfermo puede decir, sin eufemismo, como Pablo: «con ello completo lo que todavía falta a los padecimientos de Cristo en pro de su cuerpo que es la Iglesia» (Col. 1, 24).

Ni nos parezca esta doctrina trasnochada o pasada de actualidad o simplemente no posconciiliar.

«Vosotros que sentís más profundamente el peso de la cruz, los que lloráis, vosotros los desconocidos del dolor, tened ánimo; sois los preferidos del reino de Dios, el reino de la esperanza, y con Él, *si queréis, salváis el mundo*. He aquí la ciencia cristiana del dolor, la única que da paz» (Mens. Conc. Enf.).

«Cristo ha cambiado el dolor en moneda legal, en precio de rescate, en prenda de resurrección y de vida, con tal de que esté asociado a su pasión» (Pablo VI, Viacrucis 1972).

¿No estamos asociados, por nuestro bautismo, a la pasión, muerte, resurrección de Cristo que nos da el copadecer con Él para ser glorificados con Él?

## ACEPTAR LA ENFERMEDAD

Invitaremos al enfermo a *aceptar la enfermedad* —ni querida, ni deseada, ni buscada— que hizo acto de presencia y tomó posesión, sin pedir permiso, *abierto a*

los planes de Dios que no quiere el dolor, el sufrimiento, la enfermedad, introducidos por el hombre en el mundo, sin una finalidad que debemos descubrir.

¿Por qué sufre aquel niño inocente, apenas nacido y aun antes de nacer?, nos hemos preguntado muchas veces. Posiblemente expía los pecados —¿de sus padres?— de las personas mayores, por los que nos olvidamos de satisfacer; satisfacción a la que Dios tiene derecho y también a elegir las hostias expiatorias.

O creemos o no creemos en la comunicación de bienes espirituales y morales entre los miembros del cuerpo místico con su cabeza, y entre sí.

¿Y aquella persona adulta? Puede estar purificando, purgando sus acciones y omisiones no virtuosas de su vida anterior. ¿Por qué no puede uno vivir su purgatorio en el momento presente?

¿Y aquél que se dice incrédulo o ateo? ¿Cuántos hombres encontraron a Cristo en el lecho del dolor, como Pablo en el camino de Damasco? En tales casos, ¿no estaremos nosotros llamados a ser «Ananías» para con ellos? De algunos conversos sabemos, por confesión propia, que una luz nueva, una vida nueva y una energía nueva se adentró en sus personas, en su postración, fue su encuentro con Cristo. ¿Cómo bendecirán aquel recodo en el camino?

De todos modos, es Pablo quien ve en los sufrimientos una gracia para los cristianos, al escribir: «Pues por Cristo se os ha hecho la *gracia* no sólo de creer en Él, sino de padecer por su amor» (Filp. 4, 13).

Una manera de amar a Dios; pues donde hay gracia hay amor, Gracia que de forma distinta al Padre brinda a todos los hombres, porque su amor es universal.

## A VIVIRLA CON ALEGRÍA CRISTIANA

La filosofía precristiana no fue capaz de iluminar el dolor, el sufrimiento y la muerte; no pudo descubrir su sentido ni darle una orientación digna. Sólo sembró en torno a él nubes de desesperación y pesimismo.

Es curioso; mientras Ovidio, desterrado en el Ponte, consumiéndose en la melancolía y la tristeza, escribe sus libros *Tristia*, en los que exterioriza sus sentimientos de angustia, sintetizados en su: «nihil nisi flere» —no me queda sino llorar—; Pablo, con las cadenas de prisionero en sus pies, puede escribir: «Me alegro en mis sufrimientos por vosotros» (Col. 1, 24) y «vosotros sois en mis prisiones partícipes de mi *gracia*» (Filp. 1, 7).

Cuando más agudo es el dolor y mayor la soledad, el creyente, lejos de exclamar a lo Sagan: «buenos días, tristeza» con entereza paulina dirá: «todo lo puedo en aquel que me conforta» (Filp. 4, 13).

No olvidemos que para el cristiano hay en la Iglesia dos sacramentos: La Eucaristía, reiterable, y la Unción de los enfermos, no reiterable en el mismo peligro de muerte, pero sí en la misma enfermedad. Ambos tienen

la virtud de aliviar al enfermo, como alimento uno, como medicina otro.

## Y TAMBIÉN CON ESPERANZA

Los hijos de Dios vamos hacia el encuentro del Padre, en vivencia de fe y esperanza, es nuestra pascua.

Y la palabra de Cristo no puede faltar: «vuestra tristeza se convertirá en gozo, un gozo que nadie os podrá quitar» (Joan, 16, 23).

El misterio pascual que está llamado a vivir el cristianismo no culmina sino con el premio en la gloria de Jesús. Así escribe san Pedro: «alegraos de ser partícipes de la pasión de Cristo, para que cuando se descubra su gloria os gocéis también con Él, llenos de júbilo» (1 Pet. 4, 13).

## ORIENTÁNDOLO HACIA DIOS

El dolor de la Iglesia y la Iglesia del dolor está en gran parte en nuestras manos. Esto nos compromete a orientar el dolor hacia el Padre, en sintonía con el Mediador entre Dios y los hombres, Cristo Jesús.

Que por apatía, negligencia, ignorancia, desidia o respeto humano nuestro no se pierda ni una sola gota de dolor en su dimensión: redención, salvación, santificación.

Que nadie sufra «por nada» y sin sentido a nuestro lado, confiado a nuestro cuidado.

No lo dudemos, nuestro sacerdocio bautismal nos hace ser los «sacerdotes del dolor».

En virtud de él, y también de nuestra consagración personal por la profesión religiosa, estamos llamados a presentar al Padre, y rogarle lo acepte, el «*cáliz del dolor humano*» e invitar a nuestros hermanos enfermos a que, con los mismos sentimientos de Cristo el Señor (Filp. 2, 5) y, en ejercicio de su sacerdocio bautismal, *acepten, soporten y ofrezcan «su pasión»* para salvar al mundo *por Él, con Él y en Él*, en la unción del Espíritu para gloria del Padre.

Es el propio Pablo VI quien, en su exhortación *Ev. Test.*, nos invita a vivir este sacerdocio: «Las pruebas que váis a encontrar, sean para vosotros la ocasión de *llevar juntamente con el Señor y ofrecer al Padre tantas desgracias y sufrimientos que afligen a nuestros hermanos* y a los cuales sólo el *sacrificio de Cristo* puede dar, en la fe, un significado» (Evg. Test. 48).

*Sólo la fe.* La carne y la sangre no tienen capacidad de revelar el profundo significado y las no menos profundas dimensiones eclesiales del misterio del humano dolor.

Sólo la *esperanza* de ser aceptado tal significado nos impulsará a brindar al enfermo estas posibles sintonías

con el «Varón de dolores», esperanza que nos permitirá aceptar un probable rechazo en muchos casos, sin desanimarnos por ello a seguir en nuestro ministerio, nacido, vivificado y actualizado por el Espíritu que nos insinuará el modo de realizarlo con amabilidad, respeto, educación y cortesía —bellas manifestaciones de la caridad—, en un clima de sencillez y naturalidad que excluya toda afectación y sensiblería paternalista.

## Y LO HAREMOS CON REVERENCIA

Al enfermo hay que acercarse con dignidad, con reverencia, casi de rodillas. Es un cáliz vivo: el cáliz de su sangre. Es una hostia viva; su propio cuerpo. Cristo está presente en el enfermo.

Es portador de valores sólo apreciables a la luz de Cristo; lleva un frágil el gran tesoro capaz de transformar al mundo, «prestando al divino Resucitado, que ya no puede sufrir, su corazón y su carne para perpetuar en el tiempo y en el espacio el elemento doloroso de la redención» (Card. Leger).

No compadezcáis al enfermo. El no quiere ser compadecido. Es más no debe ser compadecido. Debe ser admirado, ayudado, amado.

Pero, ¡cuidado!, no nos familiaricemos con el dolor hasta el punto de que la rutina fría y aburrida monotonía se apoderen de nosotros en tan bella misión.

No nos acostumbremos a ver sufrir insensibles e indiferentes ante misterio tan sagrado.

Al tiempo que nos ofrecemos a ser su «cirineo» no forzado sino espontáneo, «ayudándole a llevar su carga y así cumplir la Ley de Cristo» (Gal. 6, 2) hagámoslo en actitud de recibir el mensaje de que es portador el enfermo. Si realmente estamos abiertos a él, aceptaremos sin necesidad de pruebas que quienes estamos junto al enfermo —al servicio del dolor— recibimos y aprendemos de él mucho más de lo que damos y enseñamos; gratitud, grandeza de ánimo, capacidad de sufrir, santidad, vivencias de fe y esperanza.

Pienso que esta es la suprema razón de nuestra presencia y nuestra acción frente al enfermo.

Si no estamos en el hospital para ser en él «signo» de la presencia de Cristo y de la Iglesia, perdemos el tiempo y nuestra misión con ser muy admirada no deja de ser meramente humana. En tal caso, me atrevería a decir que, lógicamente, estamos de más.

## NUESTRO COMPROMISO VA MÁS ALLÁ

Mas no pensemos que nuestro compromiso termina aquí. No puede terminar. Más bien empieza. Tiene otros horizontes y otras dimensiones, sin el logro de las cuales, con ser muy hermoso, todo lo anteriormente dicho que-

daría incompleto y no llenaría, en toda su amplitud y complejidad, sus exigencias.

Nuestra condición de «hijos de la Luz» nos responsabiliza y compromete a servir a los demás en el trabajo, en la organización asistencial y social, en la promoción del hombre enfermo (G. et Sp. 75).

Tenemos que proclamar y defender que la ciencia y la técnica están al servicio del enfermo y no el enfermo al servicio de la ciencia, ni de la técnica, ni de la investigación. El enfermo no puede ser considerado y tratado como mero caso clínico «muy interesante».

Siempre será pequeño el esfuerzo que hagamos por humanizar, dignificar y sacralizar la asistencia que se debe prestar al enfermo, que nunca deja de ser persona.

Es tarea nuestra, aunque no exclusiva, crear, conservar y perfeccionar en torno al enfermo un ambiente humano-cristiano; procurando para ello, con nuestra vida y nuestra palabra, una mentalización que nos lleve a una seria toma de conciencia que a su vez nos lleve al pleno convencimiento de que cuantos trabajamos de una manera o de otra en un hospital, del tipo que sea, desde el director hasta el auxiliar de limpieza, integramos un equipo coordinado al servicio de un hermano nuestro que merece nuestra pronta, consciente y responsable colaboración por ésta única razón: Ser un hombre y estar enfermo.

Leamos a Pablo VI: «vosotros debéis seguir con los ojos bien abiertos las necesidades de los hombres, sus problemas, sus búsquedas, *testimoniando* en medio de ellos, con la *oración* y la *acción*, la eficacia de la Buena Noticia de *amor*, de *justicia* y de *paz*. La aspiración de la humanidad a una vida más fraterna a nivel de personas y de las naciones, exige ante todo una transformación de las costumbres, de las *mentalidades* y de las *conciencias*. Tal misión, común a todo el Pueblo de Dios, es *vuestra por título particular*» (Evg. Test. 52).

Todas nuestras iniciativas y actividades asistenciales deberán estar presididas por este principio: «Todo enfermo es mi hermano».

El enfermo tiene derecho a ver en las personas que le atienden un hermano que lo hace por amor, del cual será exponente el espíritu de sacrificio, de entrega y de bondad que resplandezca en la obra ejecutada.

El tiempo que se invierte, el trabajo y esfuerzo que se realiza deberán ser remunerados, en muchas circunstancias y siempre según los principios de estricta justicia.

Pero el amor que debe impulsar, presidir y acompañar a toda actividad no está sujeto a remuneraciones, por aquello de que «el amor verdadero ni se compra ni se vende»; con el amor no se especula.

No son incompatibles remuneración de tiempo invertido y trabajo realizado con la gratuidad del amor con que se llevaron a efecto.

Hemos de procurar unir a nuestra caridad una capacitación científica y técnica lo más amplias posible, que nos permitan llenar nuestro cometido con la mayor com-

petencia y perfección del momento, sin escatimar para ello ninguna clase de sacrificios económicos o morales y sin pueriles temores de posibles deserciones en nuestras filas.

Trabajar por conseguir un ambiente familiar entre los mismos enfermos; los *hermanos del dolor*. Que no se encuentren extraños, cuando han sido congregados por una misma razón a convivir bajo un mismo techo, con la misma esperanza e ilusión. Hay enfermos muy solos en los grandes y en los pequeños hospitales. Y es tan triste estar solo, rodeado de personas.

Los discípulos de Jesús tenemos que dar un testimonio de desinterés, y no me refiero ahora sino al moral. Al amor de benevolencia por parte de Dios a todos los hombres corresponde un amor gratuito por nuestra parte.

Las motivaciones por las que practicamos la virtud no son única y primariamente para asegurarnos el cielo, sino sobre todo para manifestar en nosotros la relación de filiación que nos une a Dios nuestro Padre y la relación de fraternidad universal que nos vincula con todos los hombres (Card. Léger).

De donde brotará un verdadero sentido de responsabilidad que nos llamará a actuar en íntima colaboración con todo el equipo sanitario, respuesta a la exigencia de toda perfecta coordinación.

Es la vida de un hombre lo que frecuentemente está pendiente de nuestra pericia, no menos que de nuestra caridad colectiva. Y no pocas veces su salvación futura.

Si llegamos a identificarnos con el enfermo, tal identificación muy conforme con el amor cristiano nos exigirá y comprometerá a ser: «*la voz del enfermo*» ante ciertos atropellos de sus derechos no siempre bien respetados incluso por parte de la sociedad.

A este respecto, no puedo por menos de citar la exhortación apostólica de Pablo VI, (Evg. Test. No. 17) en el que podemos y debemos leer: «Más acuciante que nunca, vosotros sentís alzarse el «*grito de los pobres*», desde el fondo de su indigencia personal y de su miseria colectiva, de una manera tan dramática que, a veces, algunos de vosotros *sienten* también la *tentación* de una *acción violenta*».

¡Cuidado con la violencia y con la llamada «teología de la violencia»!

Mas, ¿cómo responder a este «*grito de los pobres*» que de manera tan dramática resuena en nuestra existencia?

El mismo Pontífice nos da normas concretas en el número 18 de la citada Evg. Test.; principalmente cuatro:

«Él debe prohibiros ante todo, lo que sería un compromiso con cualquier forma de injusticia social».

«Os obliga a despertar las conciencias frente al drama de la miseria y a las exigencias de justicia social del Evangelio y de la Iglesia».

«Invita a cambiar, poniendo algunas obras propias al servicio de los pobres».

«Os impone un uso de los bienes que se limite a cuanto se requiere para el cumplimiento de las funciones a las cuales estáis llamados».

Tal debe ser nuestro porte que, incluso sin palabras, quien franquee las puertas del hospital respire un clima de amor fraterno hacia el hermano enfermo, que no es un «instrumento del amor, sino primer término hacia el supremo término trascendente, principio y razón de todo amor» (Pablo VI, Disc. Claud. Conc.).

## BIBLIOGRAFÍA

- Sagrada Biblia, Nácar-Colunga, B.A.C. Madrid, 1964.
- Concilio Vaticano II, B.A.C. Madrid, 1965.
- Iglesia, numero 1.587.
- Evangélica Testificacio. Clar, Bogotá, 1971.
- Triunfo, M. Qoist, Estela, Barcelona, 1964.
- Cristo en nuestro prójimo, Card. Leger, Edic. Paulinas, Madrid, 1968.
- La Oración del pecador. A. Pronzato, Edic. Atenas, Madrid, 1970.
- Luz, Juan Rey. s. i. Sal Terrae, Santander, 1961.
- Sufrimiento. L. Evely, Estela, Barcelona, 1967.
- Imágenes de la Fe, número 24, El Mal.
- Pastoral de enfermos —apuntes—. La Granja, 1972.
- El Mensajero de San José del Ávila, marzo 1972, Caracas.

# NOTICIARIO

## HOSPITALES | PASTORAL

### DECRETO

#### SE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA LA CONCESIÓN DE AUTORIZACIÓN EN MATERIA HOSPITALARIA

El artículo sexto de la Ley de Hospitales, de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos dispone que las autorizaciones de construcción, ampliación, transformación o desafectación de hospitales —cuyo otorgamiento corresponde a las Comisiones de Coordinación Hospitalaria según el apartado c), artículo séptimo, de la misma Ley— habrán de ajustarse necesariamente al estado general de necesidades hospitalarias de la nación. A su vez, el artículo cuarto del Decreto dos mil ciento sesenta y dos / mil novecientos sesenta y dos, de cinco de septiembre, constituyendo la Comisión Central, señaló entre las funciones que a ésta pertenecen la de proponer al Gobierno, antes del mes de noviembre de cada año, la aprobación del aludido estado general de necesidades para el año siguiente.

Por otra parte, el artículo veinticuatro del Decreto novecientos dos / mil novecientos sesenta y nueve, de nueve de mayo, aprobando el texto refundido de la Ley del II Plan de Desarrollo, tras proclamar como objetivo en el sector el establecimiento de una política hospitalaria que, de conformidad con la referida Ley de Hospitales, permita obtener un óptimo rendimiento de los recursos e instalaciones disponibles, impone al Gobierno el deber de dictar las disposiciones complementarias precisas a la consecución de aquella finalidad.

Los propósitos comprendidos en una política hospitalaria global que atienda a la satisfacción de las necesidades del país requieren, dada la complejidad de los factores que han de ser tratados, un planteamiento gradual y sucesivo, en el que aparecen como hitos fundamentales la evaluación cualitativa y cuantitativa de los establecimientos disponibles, determinada ya en el Catálogo de Hospitales y en los mecanismos que garantizan su actualización automática, así como la estimación de las exigencias asistenciales que el desarrollo ha de solicitar en función de las estructuras demográficas y de las propiedades sanitarias de las distintas zonas del país. Todo ello como base para diseñar un régimen racional de planificación y coordinación hospitalaria, tanto a nivel sectorial como territorial.

Sin perjuicio de que las experiencias y estudios con que se cuenta se hallen muy cerca de aquel resultado, permitiendo incluso augurar la posibilidad de que cristalicen prontamente en un régimen jurídico integral para la ordenación hospitalaria, desarrollando así en toda su extensión la vigente Ley de Hospitales, se hace preciso considerar ahora un aspecto parcial en prevención de que iniciativas inconexas puedan perjudicar aquel proceso o impedir, por consiguiente, el adecuado rendimiento —actual o futuro— de las instalaciones disponibles.

A ello responde la presente disposición —promovida por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria— mediante la normalización del procedimiento a que habrá de sujetarse el otorgamiento de las autorizaciones previstas en la referida Ley de Hospitales.

En su virtud, obtenida la aprobación de la Presidencia del Gobierno, de conformidad con el artículo ciento treinta, punto dos de la Ley de Procedimiento Administrativo y por lo que se refiere a las materias señaladas en el artículo trece punto siete de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día dieciocho de febrero de mil novecientos setenta y dos,

#### DISPONGO:

ARTÍCULO PRIMERO. — *Uno.* De conformidad con lo dispuesto en el apartado c), artículo séptimo, de la Ley de Hospitales de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos, será preceptiva la autorización por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria de los proyectos de nueva construcción, ampliación, transformación o desafectación de hospitales. Los proyectos de ampliación y los de transformación, cuyos presupuestos no rebasen la cifra de cinco millones de pesetas, se someterán a lo establecido en el artículo decimotercero.

*Dos.* El otorgamiento o denegación de las autorizaciones a que se refiere el párrafo anterior se determinará en función de las exigencias derivadas del estado general de necesidades hospitalarias de la nación, formado y actualizado con arreglo a lo dispuesto en el apartado a), artículo cuarto, del Decreto dos mil ciento sesenta y dos / mil novecientos sesenta y dos, de cinco de septiembre.

ART. 2.º. — *Uno.* Las solicitudes instando la autorización, dirigidas al Presidente de la Comisión Central, se tramitarán a través de la Jefatura Provincial de Sanidad cuya competencia territorial alcance al lugar donde se proyecte la nueva construcción o donde se halle enclavado el establecimiento objeto de ampliación, transformación o desafectación.

*Dos.* Cuando se trate de Centros de la Seguridad Social, las solicitudes se presentarán por el Instituto Nacional de Previsión en la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, cuyo Presidente acordará la instrucción del procedimiento regulado en los artículos cuatro y siguientes de este Decreto o, en los casos de reconocida urgencia por razón del interés público de las prestaciones derivadas del proyecto, la tramitación abreviada que al efecto se establezca.

ART. 3.º. — Las solicitudes de autorización deberán ir acompañadas, por triplicado, en su caso, de los documentos siguientes:

a) Memoria descriptiva de las necesidades a satisfacer con las medidas asistenciales cuyo establecimiento se pretende.

En especial deberá justificarse que el objeto de la solicitud supone una solución favorable para los niveles de asistencia hospitalaria de la zona en función de factores demográficos, económicos y técnico-sanitarios, así como de los establecimientos y servicios ya existentes en la misma.

b) Proyecto técnico que, a su vez, comprenderá:

*Primero.* Los planos de conjunto y de detalle que permitan la perfecta localización e identificación de la obra.

*Segundo.* Un pliego de condiciones técnicas particulares, donde se hará la descripción de las obras y se regulará su ejecución.

*Tercero.* El presupuesto, integrado o no por varios parciales, con expresión de los precios unitarios descompuestos, estados de cubicaciones o mediciones y los detalles precisos para su valoración.

*Cuarto.* Un programa de previsiones sobre el desarrollo temporal de las obras especificando los plazos posibles de ejecución.

c) Certificación de la Comisión Provincial de Urbanismo acreditativa de que la obra proyectada es correcta conforme al Plan de Ordenación Urbana en vigor. De no existir Plan de Ordenación Urbana aprobado, la Comisión Provincial de Urbanismo informará preceptivamente acerca de las circunstancias urbanísticas que concurren en el proyecto, particularmente en relación con lo dispuesto en el artículo sesenta y nueve punto uno, segunda b), de la Ley de Régimen de Suelo y Ordenación Urbana de doce de mayo de mil novecientos cincuenta y seis.

d) Los estudios económicos y administrativos sobre régimen de utilización y, en su caso, tarifas que hayan de aplicarse.

ART. 4.º.—*Uno.* Dentro de los tres días siguientes a la entrada en su registro de la solicitud y de los documentos preceptivos a que se refiere el artículo anterior, la Jefatura Provincial de Sanidad iniciará la instrucción del procedimiento sometiendo el expediente, por plazo de treinta días, a informe de la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria. Los Servicios Regionales de la Secretaría de la Comisión Central deberán hacerse en el mismo plazo, siempre que se trate de una nueva construcción hospitalaria o cuando la ampliación, transformación o desafectación se refiere a un establecimiento de ámbito regional o provincial según el Catálogo de Hospitales.

*Dos.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo setenta y uno de la Ley de Procedimiento Administrativo, si alguno de los órganos informantes a que alude el número anterior entendiese que los datos aportados son incompletos para el exacto conocimiento e identificación del objeto de la solicitud, o que no se ajustan a lo prevenido en el artículo tercero, requerirá por intermedio de la Jefatura Provincial de Sanidad, al Organismo o Entidad promotora para que en el plazo de veinte días proceda a corregir las insuficiencias o imperfecciones observadas.

*Tres.* Los informes a que se refiere el número uno anterior versarán sobre todas las cuestiones que suscite o sugiera el expediente. En especial deberán expresar, sobre la base de las características demográficas y sociosanitarias de la zona, si las posibilidades de aprovechamiento y utilización de los establecimientos existentes, incluso mediante la mejora y modernización de sus instalaciones, podrían atender, con menor costo, a la cobertura de los fines asistenciales perseguidos con el objeto de la solicitud.

ART. 5.º.—*Uno.* Cumplidos los trámites a que se refiere el artículo anterior, la Jefatura Provincial de Sanidad abrirá un período de información pública, por término de veinte días, para que las Entidades, Organismos o Instituciones que de algún modo se consideren afectadas puedan formular cuantas observaciones estimen oportunas. A tal fin los anuncios correspondientes se publicarán en el *Boletín Oficial* de la provincia respectiva. Se publicarán además en el *Boletín Oficial del*

*Estado*, siempre que se trate de una nueva construcción hospitalaria o cuando el establecimiento objeto del expediente sea de ámbito regional.

*Dos.* Sin perjuicio del trámite a que el presente artículo se refiere, la Jefatura Provincial de Sanidad, si existiesen peticiones anteriores en posible concurrencia con el contenido del expediente, o si la entendiésemos oportuna, enviará notificación personal a cuantos Organismos o Entidades considerase afectados.

*Tres.* Las observaciones que se efectúen durante el período de información pública deberán ser remitidas a la Jefatura Provincial de Sanidad que tramite el expediente para su inmediata unión al mismo, que será remitido a la Secretaría de la Comisión Central una vez transcurrido el plazo establecido en el número uno anterior.

ART. 6.º.—*Uno.* El expediente se someterá a la resolución de la Comisión Central acompañado del dictamen evacuado por la Secretaría de la misma, en el que expresará fundadamente su parecer sobre el otorgamiento o denegación de la autorización solicitada.

*Dos.* La audiencia al Organismo o Entidad interesados se tramitará con arreglo a lo dispuesto en el artículo noventa y uno de la Ley de Procedimiento Administrativo.

ART. 7.º.—*Uno.* El presidente de la Comisión Central, cuando a su juicio así resulte aconsejable por la índole del expediente, podrá designar, de entre los miembros que la componen, una Ponencia formada como máximo por cuatro de ellos, encargada de preparar la resolución y de dictaminar sobre todos los aspectos que ofrezca el expediente.

*Dos.* Los componentes de la Comisión Central y de la Ponencia designada vendrán obligados a asistir a las sesiones respectivas o a excusar debidamente su falta de asistencia ante el Presidente de la Comisión.

ART. 8.º.—*Uno.* La Comisión Central, a la vista, en su caso, del dictamen de la Ponencia y de los antecedentes obrantes en el expediente, resolverá concediendo o denegando la autorización. No obstante, si existiese discrepancia en el seno de la misma, el expediente será elevado para su resolución a la Comisión Delegada de Sanidad y Asuntos Sociales.

*Dos.* Las resoluciones denegatorias serán siempre motivadas.

*Tres.* Si transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud, o desde el cumplimiento del trámite a que se refiere el número dos del artículo cuatro, no hubiese recaído resolución expresa, el Organismo o Entidad peticionaria podrá denunciar la mora ante el Presidente de la Comisión Central y transcurridos tres meses desde la denuncia podrá considerar denegada la autorización por silencio administrativo.

ART. 9.º.—*Uno.* Las autorizaciones concedidas con arreglo a lo dispuesto en el artículo anterior caducarán si, transcurrido un año, contando a partir del siguiente día al en que se hubiese recibido la notificación, no se hubiese iniciado las obras o no existiesen indicios evidentes en la realización del objeto para el que se solicitó la autorización.

*Dos.* La caducidad se producirá por el mero transcurso del tiempo y cualesquiera que fuesen las causas de la demora. Será declarada de oficio y comunicada al Organismo o Entidad interesados.

*Tres.* Las autorizaciones caducadas no podrán ser objeto de rehabilitación, debiendo procederse, en su caso, a la obtención de nueva autorización.

*Cuatro.* Para el debido cumplimiento de lo establecido en el presente artículo, las autorizaciones concedidas deberán constar en un libro registro abierto y custodiado por la Secretaría de la Comisión Central, en cuyos asientos figurarán la fecha de otorgamiento y los datos identificadores del Organismo o Entidad solicitante y del objeto de la autorización. La Comisión

Central, al mismo efecto, podrá designar delegaciones inspectoras de conformidad a lo dispuesto en el artículo noveno de la Ley de Hospitales de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos.

ART. 10.º.— Las autorizaciones concedidas quedarán automáticamente sin efecto si en los períodos de ejecución se incumplieren, alterándolas, las condiciones originarias que sirvieron de base para su otorgamiento. La revocación de la autorización será declarada por la Comisión Central como consecuencia de acta levantada por vía de inspección, comunicación de autoridad o denuncia de particulares. En estos dos últimos supuestos, la Comisión Central ordenará inmediatamente las inspecciones de comprobación necesarias.

ART. 11.º.— La omisión del requisito de autorización en los supuestos y condiciones a que se refiere el presente Decreto, llevará aparejadas las consecuencias siguientes:

a) Si se tratase de una nueva construcción hospitalaria, el establecimiento resultante no podrá integrarse en la Red Hospitalaria Nacional ni, por consiguiente, ser incluido en el Catálogo de Hospitales, con los efectos que para los supuestos de exclusión determina el artículo dieciséis del Decreto número quinientos setenta y cinco / mil novecientos sesenta y seis, de tres de marzo.

b) Si se tratase de los demás supuestos a que se refiere el artículo primero, el Presidente de la Comisión Central, cuando tenga constancia fundada de haberse realizado aquéllos sin la debida autorización, podrá acordar la exclusión provisional del Catálogo de los establecimientos afectados, dando cuenta inmediata, en todo caso, al Gobierno para que adopte la resolución que estime conveniente.

c) Cualesquiera que sean las Entidades y Organismos responsables, no podrán beneficiarse para ninguno de sus establecimientos de la asistencia financiera estatal derivada de las consignaciones presupuestarias, a que se refiere el artículo catorce de la Ley de Hospitales de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos.

d) El Presidente de la Comisión Central podrá instar, en su caso, de los Órganos competentes, la exigencia de responsabilidades disciplinarias a los funcionarios por cuya causa se hubiese omitido el requisito de autorización. La responsabilidad se determinará de conformidad con lo dispuesto en las leyes generales o en las disposiciones estatutarias correspondientes.

ART. 12.º.— Los Órganos competentes en materia de inspección sanitaria se abstendrán de conceder las autorizaciones previstas en las disposiciones vigentes para la apertura y funcionamiento de los establecimientos hospitalarios que careciesen de aquéllas a las que se refiere el presente Decreto. De igual modo, los Ayuntamientos, como requisito indispensable y previo a la expedición de la licencia de obras para el establecimiento hospitalario afectado, o, en su caso, a la prestación de la conformidad necesaria, exigirán constancia en el expediente de las autorizaciones otorgadas conforme a este Decreto.

ART. 13.º.— La competencia para autorizar los proyectos de ampliación y los de transformación de hospitales, cuyos presupuestos no rebasen la cifra de cinco millones de pesetas, corresponderá a las Comisiones Provinciales de Coordinación Hospitalaria. El régimen para estas autorizaciones será el establecido en el presente Decreto, con las adaptaciones siguientes:

a) Las solicitudes, dirigidas al Presidente de la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria, se tramitarán a través de la Jefatura Provincial de Sanidad que corresponda.

b) La Jefatura Provincial de Sanidad exigirá la aportación de los documentos a que se refieren los apartados a) y b) del artículo tercero, siempre que la cuantía o el carácter del proyecto puedan modificar el número o la naturaleza de las prestaciones hospitalarias existentes en la zona.

c) Una vez hallada conforme la documentación en su caso exigida, la Jefatura Provincial actuará, si procediese, del modo previsto en el número dos del artículo quinto.

Previamente, si el establecimiento hospitalario estuviese clasificado como regional, será preceptivo el informe de los correspondientes servicios regionales de la Secretaría de la Comisión Central.

d) El Jefe provincial de Sanidad someterá el expediente a resolución de la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria, teniendo presente lo establecido en el artículo sexto.

e) Contra el acuerdo de la Comisión Provincial podrá interponerse recurso de alzada ante la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

ART. 14.º.— Las resoluciones que con arreglo al presente Decreto sean dictadas por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria pondrán fin a la vía administrativa.

#### DISPOSICIÓN FINAL

El Ministerio de la Gobernación, a propuesta de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo del presente Decreto.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a veinticuatro de febrero de mil novecientos setenta y dos.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de la Gobernación,

TOMÁS GARICANO GOÑI

B. O. E. n.º 68-20—3—72

#### TERCER PREMIO PERIODÍSTICO «DESARROLLO HOSPITALARIO»

La Asociación para el desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona, convoca por tercera vez el Premio Periodístico que se regirá por las siguientes bases:

1.ª Los artículos que opten al premio deberán haber aparecido en la prensa diaria, semanarios o publicaciones periódicas de distribución general, desde el día siguiente a la publicación de estas bases hasta el 15 de octubre de 1972.

2.ª Tendrán una extensión máxima de 10 hojas holandesas a dos espacios. Los participantes deberán enviar dos ejemplares a la Secretaría de la Asociación, Paseo de la Bonanova, 47 B-6, haciendo constar: —Para el Premio Periodístico «Desarrollo Hospitalario».

3.ª La finalidad del Premio Periodístico «Desarrollo Hospitalario», es hacer resaltar el papel del Hospital en la sociedad de hoy, considerado bajo ángulos y aspectos diversos. Así, por ejemplo:

- «Las relaciones entre el Hospital y la Ciudad»
- «El Hospital Universitario dentro de una Red Regionalizada de Hospitales»
- «El Hospital Rural y el Hospital Comarcal y su interdependencia con el Hospital de Distrito»
- «La adecuación de los recursos económicos a las necesidades hospitalarias: sugerencias»
- «La integración de la Medicina Social y el Hospital»

Central, al mismo efecto, podrá designar delegaciones inspectoras de conformidad a lo dispuesto en el artículo noveno de la Ley de Hospitales de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos.

ART. 10.º.— Las autorizaciones concedidas quedarán automáticamente sin efecto si en los períodos de ejecución se incumpliesen, alterándolas, las condiciones originarias que sirvieron de base para su otorgamiento. La revocación de la autorización será declarada por la Comisión Central como consecuencia de acta levantada por vía de inspección, comunicación de autoridad o denuncia de particulares. En estos dos últimos supuestos, la Comisión Central ordenará inmediatamente las inspecciones de comprobación necesarias.

ART. 11.º.— La omisión del requisito de autorización en los supuestos y condiciones a que se refiere el presente Decreto, llevará aparejadas las consecuencias siguientes:

a) Si se tratase de una nueva construcción hospitalaria, el establecimiento resultante no podrá integrarse en la Red Hospitalaria Nacional ni, por consiguiente, ser incluido en el Catálogo de Hospitales, con los efectos que para los supuestos de exclusión determina el artículo dieciséis del Decreto número quinientos setenta y cinco / mil novecientos sesenta y seis, de tres de marzo.

b) Si se tratase de los demás supuestos a que se refiere el artículo primero, el Presidente de la Comisión Central, cuando tenga constancia fundada de haberse realizado aquéllos sin la debida autorización, podrá acordar la exclusión provisional del Catálogo de los establecimientos afectados, dando cuenta inmediata, en todo caso, al Gobierno para que adopte la resolución que estime conveniente.

c) Cualesquiera que sean las Entidades y Organismos responsables, no podrán beneficiarse para ninguno de sus establecimientos de la asistencia financiera estatal derivada de las consignaciones presupuestarias, a que se refiere el artículo catorce de la Ley de Hospitales de veintiuno de julio de mil novecientos sesenta y dos.

d) El Presidente de la Comisión Central podrá instar, en su caso, de los Órganos competentes, la exigencia de responsabilidades disciplinarias a los funcionarios por cuya causa se hubiese omitido el requisito de autorización. La responsabilidad se determinará de conformidad con lo dispuesto en las leyes generales o en las disposiciones estatutarias correspondientes.

ART. 12.º.— Los Órganos competentes en materia de inspección sanitaria se abstendrán de conceder las autorizaciones previstas en las disposiciones vigentes para la apertura y funcionamiento de los establecimientos hospitalarios que careciesen de aquéllas a las que se refiere el presente Decreto. De igual modo, los Ayuntamientos, como requisito indispensable y previo a la expedición de la licencia de obras para el establecimiento hospitalario afectado, o, en su caso, a la prestación de la conformidad necesaria, exigirán constancia en el expediente de las autorizaciones otorgadas conforme a este Decreto.

ART. 13.º.— La competencia para autorizar los proyectos de ampliación y los de transformación de hospitales, cuyos presupuestos no rebasen la cifra de cinco millones de pesetas, corresponderá a las Comisiones Provinciales de Coordinación Hospitalaria. El régimen para estas autorizaciones será el establecido en el presente Decreto, con las adaptaciones siguientes:

a) Las solicitudes, dirigidas al Presidente de la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria, se tramitarán a través de la Jefatura Provincial de Sanidad que corresponda.

b) La Jefatura Provincial de Sanidad exigirá la aportación de los documentos a que se refieren los apartados a) y b) del artículo tercero, siempre que la cuantía o el carácter del proyecto puedan modificar el número o la naturaleza de las prestaciones hospitalarias existentes en la zona.

c) Una vez hallada conforme la documentación en su caso exigida, la Jefatura Provincial actuará, si procediese, del modo previsto en el número dos del artículo quinto.

Previamente, si el establecimiento hospitalario estuviese clasificado como regional, será preceptivo el informe de los correspondientes servicios regionales de la Secretaría de la Comisión Central.

d) El Jefe provincial de Sanidad someterá el expediente a resolución de la Comisión Provincial de Coordinación Hospitalaria, teniendo presente lo establecido en el artículo sexto.

e) Contra el acuerdo de la Comisión Provincial podrá interponerse recurso de alzada ante la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

ART. 14.º.— Las resoluciones que con arreglo al presente Decreto sean dictadas por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria pondrán fin a la vía administrativa.

#### DISPOSICIÓN FINAL

El Ministerio de la Gobernación, a propuesta de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo del presente Decreto.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a veinticuatro de febrero de mil novecientos setenta y dos.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de la Gobernación,

TOMÁS GARICANO GOÑI

B. O. E. n.º 68-20—3—72

#### TERCER PREMIO PERIODÍSTICO «DESARROLLO HOSPITALARIO»

La Asociación para el desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona, convoca por tercera vez el Premio Periodístico que se regirá por las siguientes bases:

1.ª Los artículos que opten al premio deberán haber aparecido en la prensa diaria, semanarios o publicaciones periódicas de distribución general, desde el día siguiente a la publicación de estas bases hasta el 15 de octubre de 1972.

2.ª Tendrán una extensión máxima de 10 hojas holandesas a dos espacios. Los participantes deberán enviar dos ejemplares a la Secretaría de la Asociación, Paseo de la Bonanova, 47 B-6, haciendo constar: —Para el Premio Periodístico «Desarrollo Hospitalario».

3.ª La finalidad del Premio Periodístico «Desarrollo Hospitalario», es hacer resaltar el papel del Hospital en la sociedad de hoy, considerado bajo ángulos y aspectos diversos. Así, por ejemplo:

- «Las relaciones entre el Hospital y la Ciudad»
- «El Hospital Universitario dentro de una Red Regionalizada de Hospitales»
- «El Hospital Rural y el Hospital Comarcal y su interdependencia con el Hospital de Distrito»
- «La adecuación de los recursos económicos a las necesidades hospitalarias: sugerencias»
- «La integración de la Medicina Social y el Hospital»

«Las Escuelas de Enfermeras y los Hospitales»  
«El Mercado Común Hospitalario: Perspectivas»  
Comentarios sobre el libro: «Los Hospitales Españoles  
ante el III Plan de Desarrollo».

4.<sup>a</sup> El Jurado que examinará los trabajos presentados, se reunirá entre el 15 y el 30 de octubre. Estará formado por representantes de la Junta Directiva de la Asociación y de las entidades, organismos y publicaciones que patrocinan los premios. Su composición no se dará a conocer hasta la emisión del veredicto, que se anunciará en forma pública.

5.<sup>a</sup> El Jurado se reserva el derecho de ampliar el número y la cuantía de los premios, así como de dividirlos o dejarlos desiertos, si ninguno de los trabajos presentados reuniese las características a que estas bases se refieren.

6.<sup>a</sup> Se concederán CINCO PREMIOS: de 40.000'—, 30.000'—, 25.000'—, 20.000'— y 15.000'— pesetas.

7.<sup>a</sup> Los patrocinadores se reservan el derecho a dar amplia divulgación a los originales premiados, a través de los medios informativos que consideren más idóneos.

8.<sup>a</sup> La entrega de los premios tendrá lugar en un acto público, en el día y hora que se indicará oportunamente.

Barcelona, 13 de marzo de 1972

Por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario

El Presidente

El Secretario

Dr. Cayetano Alegre Marcet Dr. Santiago Coll Monegal

## SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

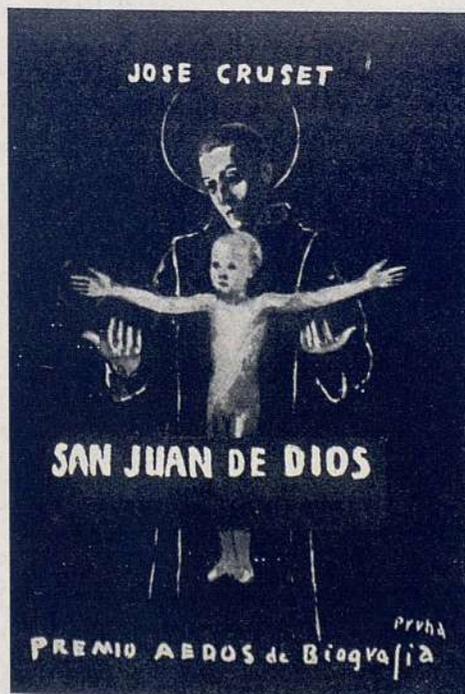
Tendrá lugar en Barcelona del 29 de enero al 3 de febrero del próximo año para estudiar temas de vital interés en nuestra organización hospitalaria, discutir problemas a ella inherentes y elaborar unas conclusiones que a escala nacional sean orientadoras del futuro trabajo hospitalario y puedan servir de consejo a las altas jerarquías de la Sanidad nacional a quienes serán transmitidas.

## QUINTA DE SALUD LA ALIANZA OTORGA LOS PREMIOS «JOSÉ GIRONA TRIUS» A TRABAJOS MÉDICO-CIENTÍFICOS

Quinta de Salud «La Alianza» tiene instituidos dos premios para estimular la investigación científica pura o aplicada a la Clínica y al mundo social y hospitalario: el Premio «Quinta de Salud La Alianza», dotado con 100.000 pesetas y el Premio «José Girona Trius», de 50.000 pesetas.

La entrega de estos Premios se efectuó en el Salón de Actos de la Mutualidad en un solemne acto que fue presidido por la Junta Rectora de la Institución, acompañada de los miembros de los Tribunales Calificadores y de los hijos del creador de la Mutualidad, quienes hicieron entrega material de los premios a los galardonados.

En la misma sesión se procedió a la entrega de distinciones a los empleados de la Clínica que cumplieran 25 años de servicios en la Entidad.



José Cruset

## San Juan de Dios una aventura iluminada

Moderna biografía del Patrono de hospitales, enfermos y enfermeros de ambos sexos, de todo el mundo, galardonada con el Premio Aedos de biografía castellana, y vertida hoy a varios idiomas extranjeros. Joya de la literatura y de la historia, por su lirismo y por la crítica de los datos que utiliza en su redacción.

Precio del ejemplar: 150 pesetas

Pedidos: redacción de LABOR HOSPITALARIA

VITEZSLAV GARDAVSKY  
**DIOS NO HA MUERTO  
 DEL TODO**

Reflexiones de un marxista sobre la Biblia, la religión y el ateísmo. Ediciones Sígueme. Salamanca 1972. 260 páginas. Séptimo sello 13.

Para Gardavsky «Dios no ha muerto del todo» significa —el hombre no vive en plenitud—. El cristianismo todavía lleno de vida es necesario para una determinada parte de la humanidad. No siente la necesidad de eludirlo. Profundiza sus raíces, los valores que ha creado y su inspiración.

El libro se divide en tres partes: *Monumentos*: Biblia, Cristo y Padres de la Iglesia. Estudia un Antiguo y Nuevo Testamento humanístico con un Dios como convergencia de todas las posibilidades del hombre. Le interesa Cristo, no como un ser histórico sino como una escatología del presente, como una acción capaz de crear historia. La fuerza de los prodigios es el amor, y la muerte es la superación del mismo.

Analiza a san Agustín y el problema del cristianismo político, a santo Tomás y la teología natural, a Pascal y la ciencia... La segunda parte trata de la autorreflexión del teísmo. El catolicismo abierto e integrista, su crisis religiosa e histórica, la teología y el hombre moderno.

La tercera parte habla del ateísmo como metafísica del marxismo. Una trascendencia a base de la socialidad y el amor. Este amor es el que condiciona las relaciones humanas y va más allá de las posibilidades presentes.

Gardavsky a través de su obra nos quiere presentar un vértice común encontrado por distintos caminos: la superación del hombre.

J. MUNETA

BERNARD ALFRINK  
**AMAR A LA IGLESIA**

Ed. Sígueme. Salamanca.

Eduard Schillebeckx hace la presentación del cardenal Alfrink con unos datos biográficos. Desde la primera sesión conciliar comprobamos las discusiones, evoluciones y cambios de signos que se manifiestan en la Iglesia y su postura objetiva y realista demostrada a través del aula conciliar, las numerosas conferencias tenidas en Roma, en la radio y televisión holandesas y numerosas comunicaciones.

Los temas desarrollados son materias conciliares: reforma de la Iglesia, unidad, misión de la Iglesia en el mundo, paz... La experiencia que le dio la pertenencia a la comisión central preconiliar, el ser miembro de la presidencia en las sesiones, su preparación bíblica y su postura abierta a los temas actuales nos proporciona un verdadero estudio sobre la formación de los decretos conciliares.

El último capítulo lo dedica a la iglesia holandesa —riegos y soluciones: catecismo holandés, concilio pastoral y celibato. Llegamos a la conclusión que al diálogo auténtico se llega a través de dificultades y de un largo proceso.

J. MUNETA

DOROTHEE SÖLLE  
**IMAGINACIÓN Y OBEDIENCIA**

Ed. Sígueme. Salamanca.

Con un nuevo estilo, la autora, una protestante alemana, se lanza a un nuevo descubrimiento de la obediencia: nada de estatismos, nada de sumisiones retorcidas, sino búsqueda, imaginación, descubrimiento de la voluntad de Dios en las más variadas situaciones, pero sin limitar a la persona, sino potenciarla, responsabilizarla dentro de un orden, mejor, liberarla. Este es el bello mensaje de Cristo, su evangelio sin estrecheces, sin recortes, sin prisiones, sino siempre en liberación, siempre en novedad.

El libro es breve —84 páginas— pero enjundioso. JOSÉ L. REDRADO

EDWARD SCHILLEBEECKX  
**LA MISIÓN DE LA IGLESIA**

Ed. Sígueme. Salamanca.

Como otros tantos temas del mismo autor, el que comentamos podríamos calificarlo de valiente, claro, muy en línea de renovación, por tratarse de temas elaborados y pronunciados en pleno fervor del Vaticano II.

El autor expone cinco grandes capítulos: I. Los cambios de acento a partir del Vaticano II. II. El pueblo de Dios y el ministerio eclesial. III. La vida religiosa. IV. Colaboración entre sacerdotes, religiosos y seglares. V. Reflexiones teológicas sobre la contestación y la crisis actual del sacerdote.

Solamente un consejo: leedlo despacio, no es libro que se digiere fácilmente.

JOSÉ L. REDRADO

**ANTIGUO TESTAMENTO  
 ABREVIADO**

Ed. Herder, Barcelona 1972.

Como su mismo título indica, se trata del Antiguo Testamento en el que se ha prescindido de los pasajes de menos interés. Por otra parte, se hace un resumen de lo omitido y ello salva la posible dificultad.

Su lectura será de gran utilidad especialmente a los poco preparados.

La edición contiene:

- Casi todo el Antiguo Testamento, más los resúmenes de los pasajes no incluidos.

- Todas las lecturas del Antiguo Testamento del misal romano para los tres ciclos litúrgicos.

- Texto completo de los salmos, Tobías, Judit y Ester.

J. L. R.

H. GROSS y P. NEUENZEIT  
**INICIACIÓN BÍBLICA**

Versión castellana de Alejandro E. Lator Ros. 12,2 × 19,8 cm; 240 páginas; rústica, ptas. 165; US \$ 2,35. Edit. Herder S. A. Barcelona 1970.

La aplicación de los resultados de la investigación teológica al terreno de la predicación y la catequesis de la Iglesia es hoy más urgente que nunca. Se publican obras exegéticas, admirables por su rigor metodológico y los raudales de Luz que derraman en el ámbito del Dogma cristiano, y sin embargo es lícito preguntarse por qué todo este acervo estupendo en el plano científico tiene una influencia tan escasa, por no decir nula en el ámbito de la enseñanza religiosa.

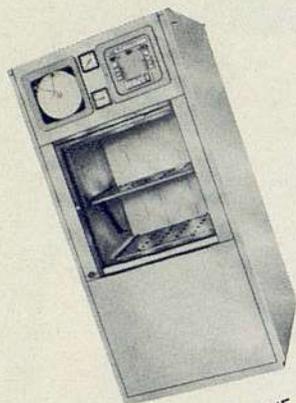
El presente libro pretende acometer tan necesaria y urgente aplicación. Se distingue de otros manuales de iniciación bíblica en que ha sido hecho pensando en el catequista y en el seglar culto.

El catequista y el lector profano comparten el esfuerzo que exige una auténtica exégesis bíblica y les familiariza para las tareas y métodos modernos, de tal suerte que el ensanchamiento de la perspectiva no perturba sino que estimula y aclara la práctica docente centrada en el sagrado texto. Así el adolescente y el niño llegan a comprender la escritura por la enseñanza religiosa. Pues de otra forma hasta ahora, ha sido una materia de rechazo.

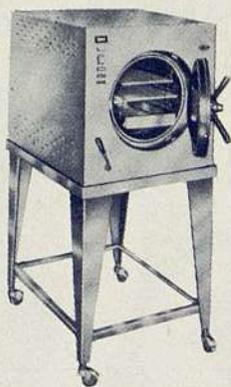
FR. JOSÉ GARCÍA SIERRA, O. H.

# ANTONIO MATACHANA, S. A.

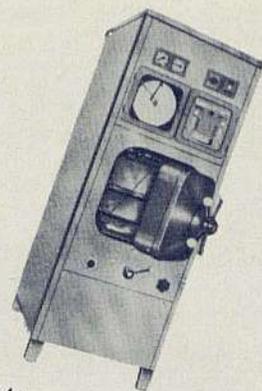
DEPARTAMENTO ESTERILIZACION  
PLANIFICACION Y MONTAJE  
DE CENTRALES DE ESTERILIZACION



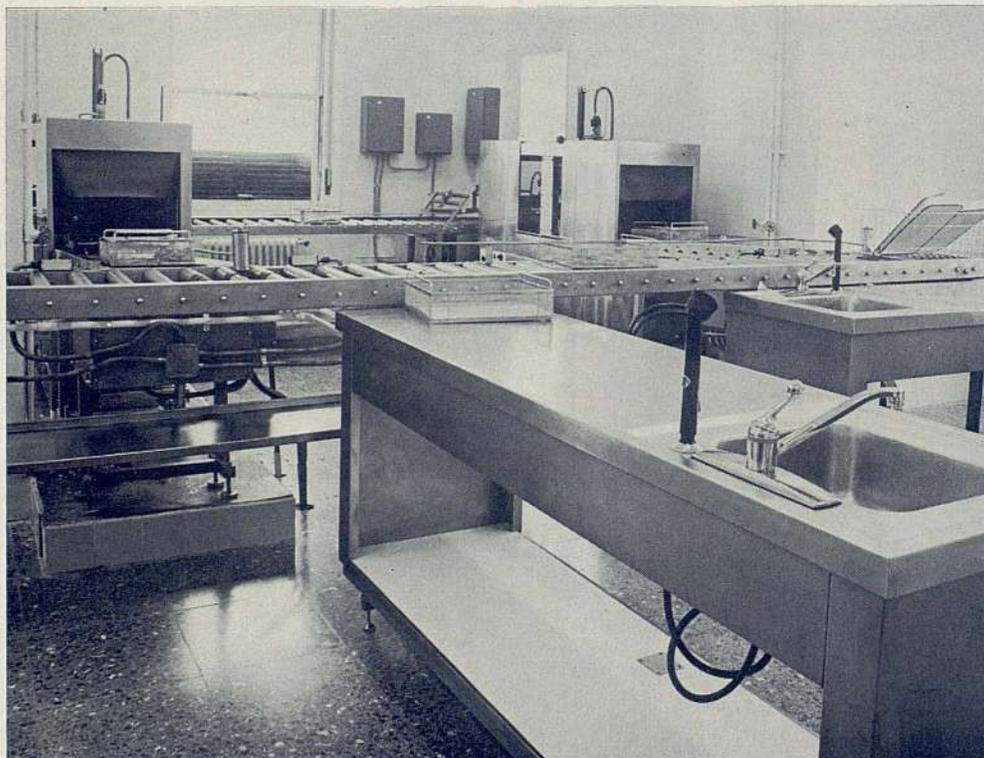
AUTOCLAVE  
PUERTA AUTOMATICA



MINICLAVE EXTRARRAPIDO  
CICLO TOTAL 8 MINUTOS



AUTOCLAVE  
PUERTA BISAGRA



**GETINGE**

DEFINE LOS NUEVOS CONCEPTOS  
EN AUTOCLAVES AUTOMATICOS



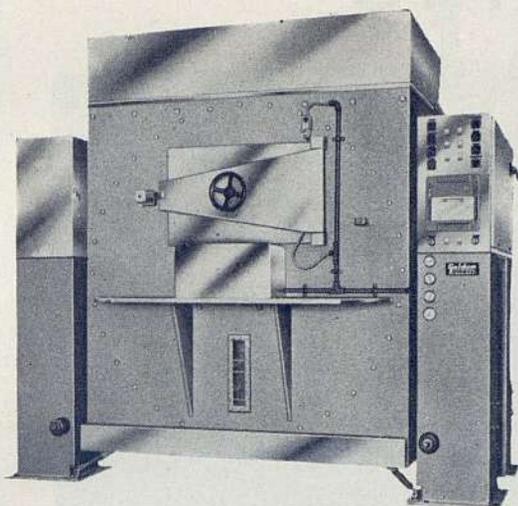
**ANTONIO MATACHANA, S. A.**  
EXPOSICION Y VENTAS

VIA AUGUSTA, 11  
CONDE SALVATIERRA, 10  
Tels. 2279483 - 2279935  
BARCELONA (6)

# LAVANDERIA PARA HOSPITALES

a todos los niveles

## GIRBAU, S.A.



● Lavadora centrifugadora automática tipo LCF-150.



● Planchadora-Secadora tipo PS-700.



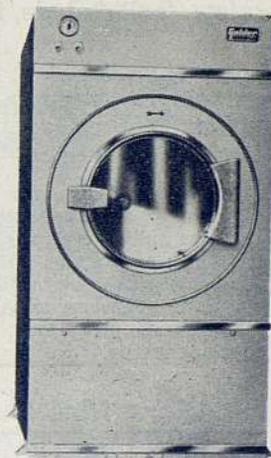
● Hidro-extractor centrífugo tipo C-8; C-15.



● Lavadora industrial automática tipo D-10A.



● Lavadora frontal automática tipo LF-40.



● Secador rotativo tipo SB-12; SB-20.



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

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

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

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



Rogamos envíen más amplia información sin compromiso alguno.

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**GIRBAU, S.A. Plá de Balenyá, 23-25 Vich (Barcelona)**

# INCUBADORAS



## Incubadora M-4

Como principal característica es la de poder efectuar el cambio del bloque de mando sin ocasionar molestias al niño prematuro. Los cierres son diafragmáticos.

Absoluta facilidad de funcionamiento.

## Incubadora M-4 C

De características similares a la anterior con las variantes siguientes:

- apertura de puertas por acción a codo sin diafragma;
- disposición de una puerta delantera, para la rápida atención del prematuro, por la que pasa la litera;
- descenso controlado del habitáculo;
- supresión total del perfil plástico que contorna la litera;
- plano superior con tomas eléctricas laterales para la colocación de monitores;
- soporte sueros.

## Incubadora M-4 C.S.

De idénticas características a la anterior con la variante de la aplicación de dispositivo de SERVO CONTROL, selección de temperatura por teclado a las temperaturas de 35 1/2; 36; 36 1/2; 37 y 37 1/2.

Control visual de calor.

Señal de alarma regulable.

Simplicidad absoluta de funcionamiento, siendo necesario solamente la pulsación del botón SERVO y la temperatura precisa para su funcionamiento.

No precisa equilibrar instrumentos.

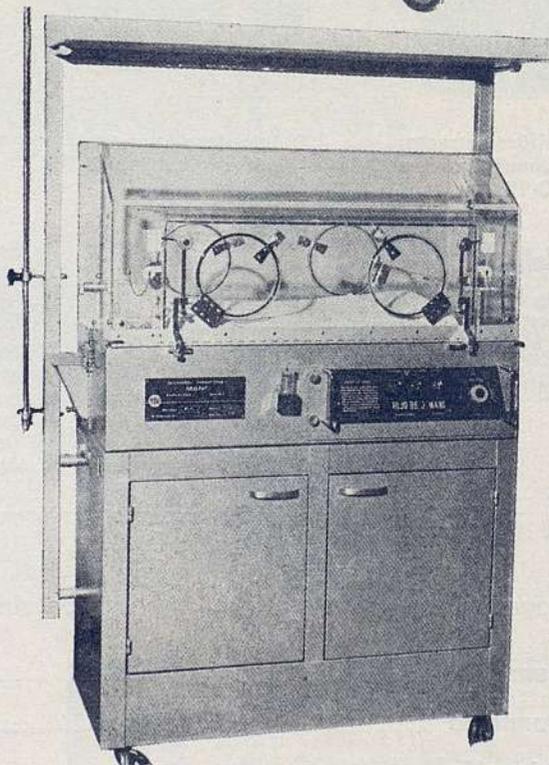
## Hijo de José Mani (Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización.  
Aparatos Médicos

Taller: 239 22 45 - Alcolea, 141

Oficina: 239 21 23 - Melchor de Palau, 83-87

BARCELONA 14



# LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado  
su confianza



## CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja de Ahorros Confederada

OFICINA CENTRAL: RIVADENEYRA, 6 (PLAZA CATALUÑA) - TELEFONO 222.07.03 - BARCELONA-2



OFICINAS EN:

Cardenal Tedeschini, 55  
Viladomat, 247-249  
P.º Zona Franca, 182-184  
Provenza, 391  
Lauria, 20

Avda. Mistral, 36  
P.º de Maragall, 386-388  
Aribau, 272-274  
Aribau, 121  
Pza. Comas, 11-12 (Las Corts)

Virgen de Lourdes del 5 al 11  
esq. Viña Larga (Trinidad Vieja)  
Avda. 27 de Enero  
(esq. Gral. Mola) PREMIA DE MAR  
Avda. Alfonso XIII  
(esq. San Lucas) BADALONA

**ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro**



**SOLA-SERT s.a.**

FABRICA DE MANTELERIA Y RIZO

**Ali-Bey, 15 BARCELONA-10**



225 29 66 - 226 94 30



SOLSERT

aúna la experiencia de casi un siglo al servicio  
de hospitales nacionales y extranjeros  
con las más avanzadas técnicas de fabricación.

especialidad en mantelerías adamascadas —blanco y color— con o  
sin lema • servilletas • cubremanteles • manteles • linos • man-  
telerías de color • toallas y artículos de rizo • sábanas • almohadas  
• colchas • mantas • paños cocina y limpieza

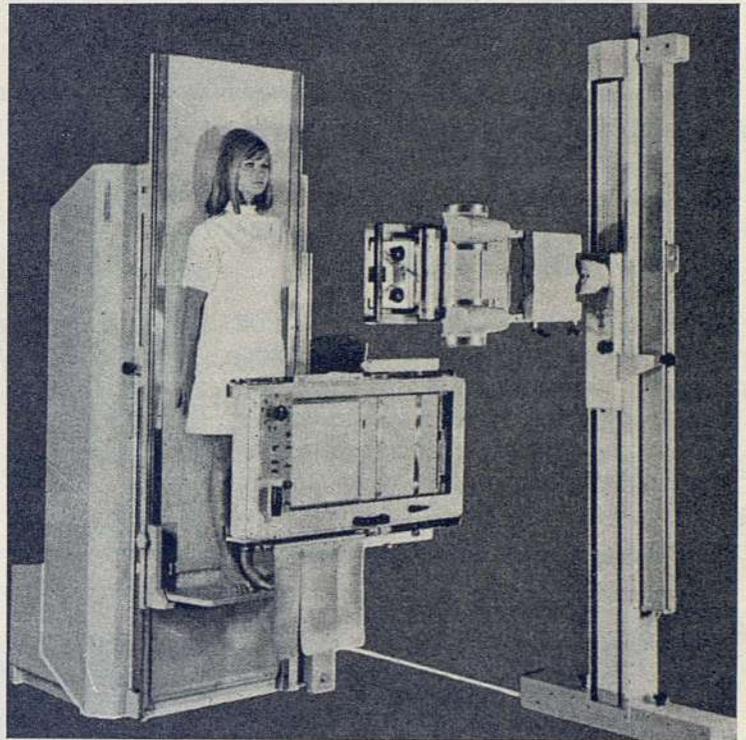
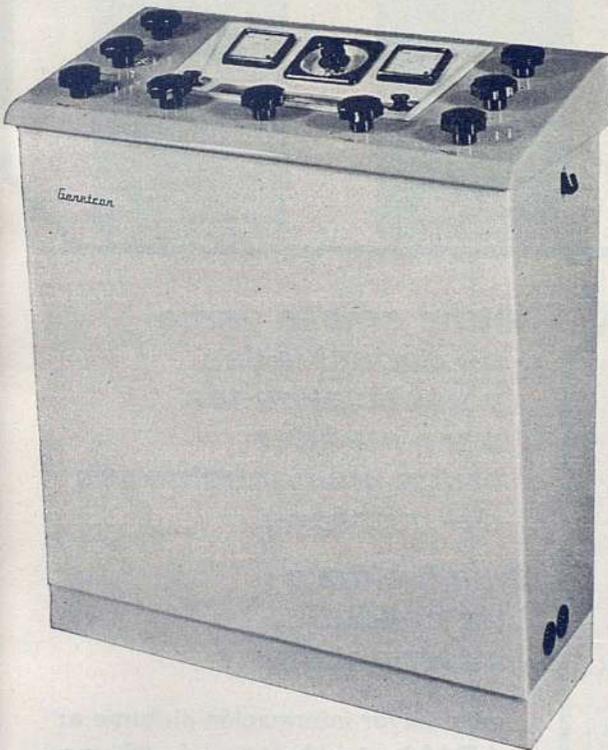
# POR FIN...

un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica  
y fabricado por

GENERAL  ELECTRICA  
ESPAÑOLA

## Mesa GENEMATIC

**SERIOGRAFO** completamente automático  
**TABLERO DE EXAMEN MOVIL:** 40 y 20 cms.  
**PLANIGRAFO** vertical y horizontal  
**COLIMADORES** motorizados  
**BUCKY** de alta calidad y equilibrado en todas  
las posiciones  
**FRENOS** electromagnéticos



## NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

**GENETRON**  
400 mA - 140 Kv

Su potencia,  
su calibración radiográfica  
y alta calidad de sus componentes  
aseguran óptimos resultados

Onda plena rectificada por Kenotrones o  
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43  
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4  
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1  
GIJÓN

General Sanjurjo, 53  
LA CORUÑA

Génova, 26  
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47  
MALAGA

Apóstoles, 17  
MURCIA

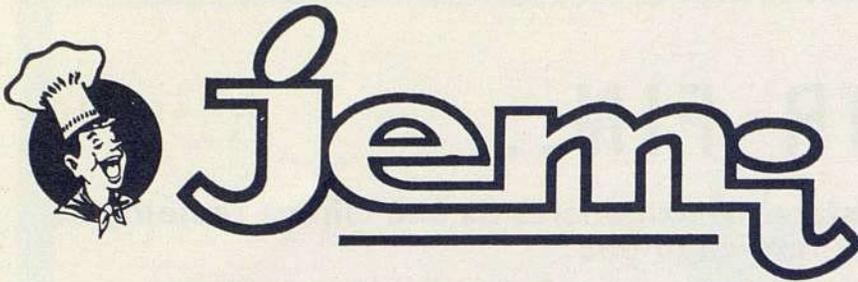
Castelar, 25  
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20  
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3  
VALLADOLID

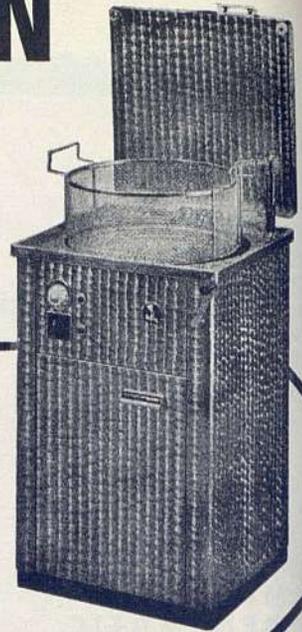
Pº de la Independencia, 21  
ZARAGOZA

# FRIA MAS Y MEJOR CON



## QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

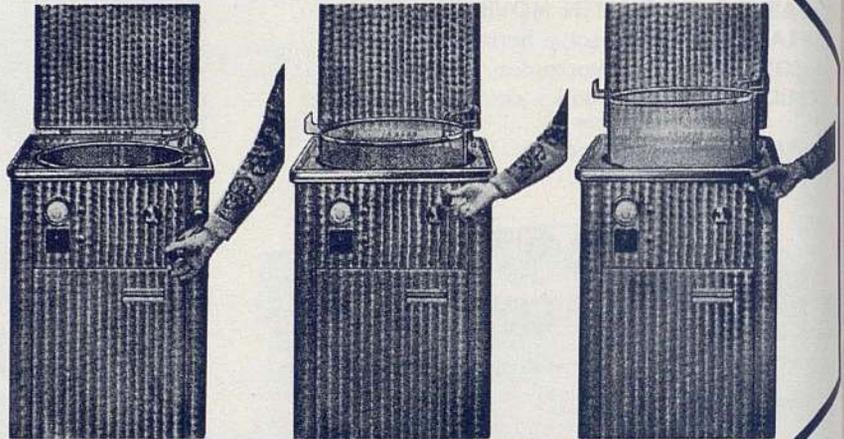
MODELO  
GOLIAT  
30 LTS.



STUDI

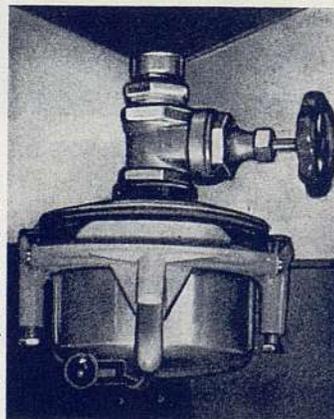
### ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

*Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.*



### PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

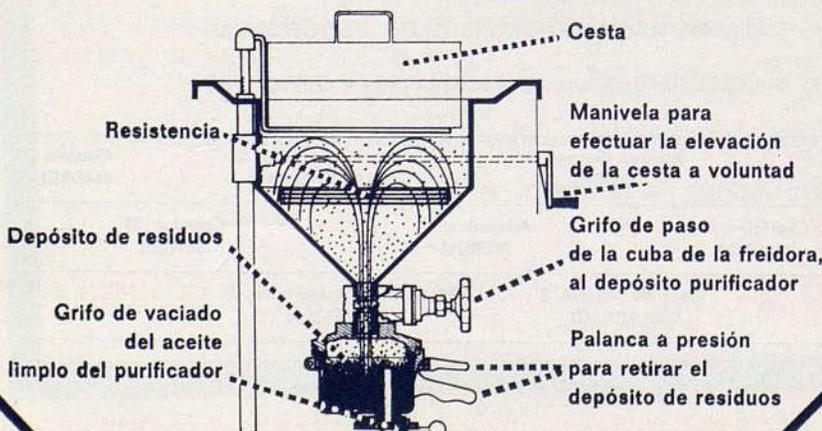
*Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.*



\*Una amplia gama de capacidades y especialidades para atender todas las necesidades del mercado.

\*La freidora de calidad internacional

para mayor información dirigirse a:  
**JEMI - talleres J. Mora**  
Provencals, 277 - Barcelona-5



SIRVASE REMITIRME  
AMPLIA INFORMACION DE  
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

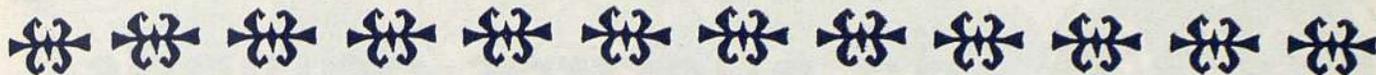
Modelo interesado .....

Don .....

Domicilio .....

Población .....

Provincia .....



# **PURLOM**

**¡cómeme!**®

## **DELEGACIONES Y DEPOSITOS**

ALICANTE . . . . .	C. Cerdá, 116 - Tel. 23 33 93
BARCELONA. . . . .	C. Entenza, 95 - Tels. 223 30 37 y 224 53 48
BILBAO . . . . .	C. Travesía del Verdel, 10 (Santuchu) - Tel. 33 04 37
MADRID. . . . .	C. Juan Pascual, 7 - Tel. 407 85 03
MALAGA . . . . .	C. Segismundo Moret, s/n - Tel. 27 55 66
PALMA DE MALLORCA. . . . .	C. Son Gotleu, 92-96 - Tel. 27 37 63
VALENCIA. . . . .	Plaza de Xuquer, 4 - Tel. 69 00 10
OVIEDO . . . . .	Monte Auseva, 23 - Tel. 21 28 74 - Depósito

## **APROVISIONAMIENTO A HOSPITALES Y CLINICAS**





# Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL  ELECTRICA  
ESPAÑOLA

## Ofrece:

Equipos Radiológicos para  
exámenes convencionales y  
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1 - GIJON

General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4

Cuarteles, 47 - MALAGA

Apóstoles, 17 - MURCIA

Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS

Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11

Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID

P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

# JUAN TRABAL S. en C.



SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA  
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES  
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

Teléfono 219 92 41

Barcelona 3

A decorative border of stylized, dark blue floral and leaf motifs surrounds the central text. The motifs include various leaf shapes, some with intricate patterns, and small circular accents.

FABRICA DE TEJIDOS

**FRANCISCO FORES ESPINAL**

APROVISIONAMIENTO DE HOSPITALES  
Y CLINICAS

DEPARTAMENTO DE EXPORTACION



*Fábrica:*  
Pasaje Puig, s/n (Salesas)  
Teléfono 872 25 11

*Almacén y Oficinas:*  
Carretera de Cardona, 81  
Teléfono 873 70 50

**MANRESA**  
BARCELONA

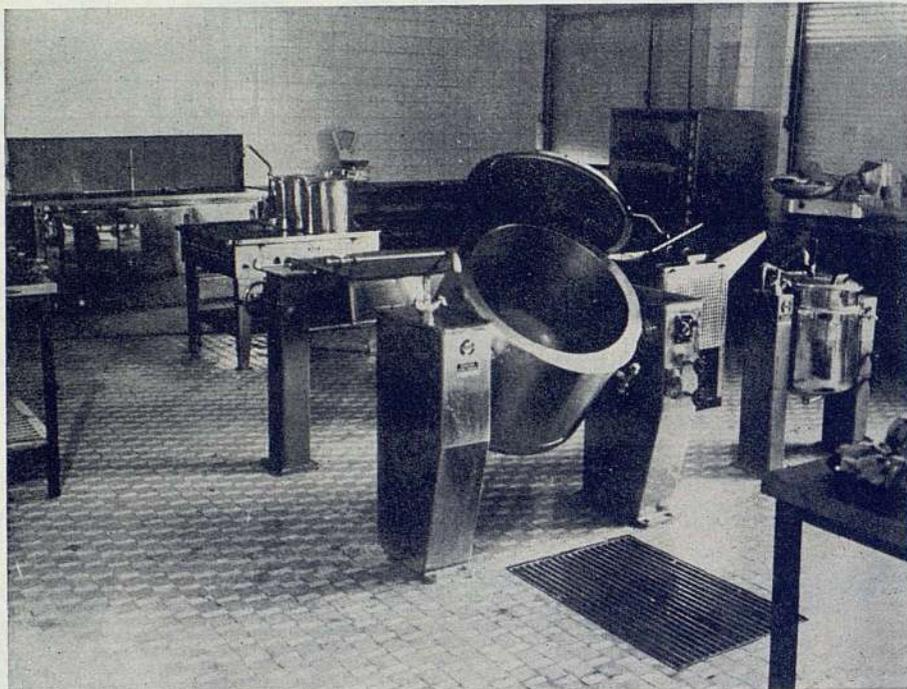
# ANTONIO MATACHANA, S. A.

## DIVISION DE COCINAS

EXPOSICION Y VENTAS  
Vía Augusta, 11 Tel. 227 94 83

*Barcelona*

FABRICA Y SERVICIO TECNICO  
Tánger, 73 Tel. 245 57 00



Planificación y  
montaje de cocinas

Fabricación propia  
de mobiliario  
auxiliar y frigorífico



# MAQUET

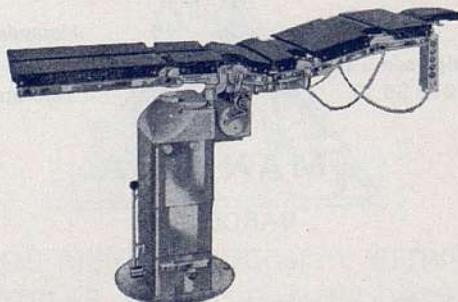


RASTATT/BADEN  
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de  
Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos



Electromedicina

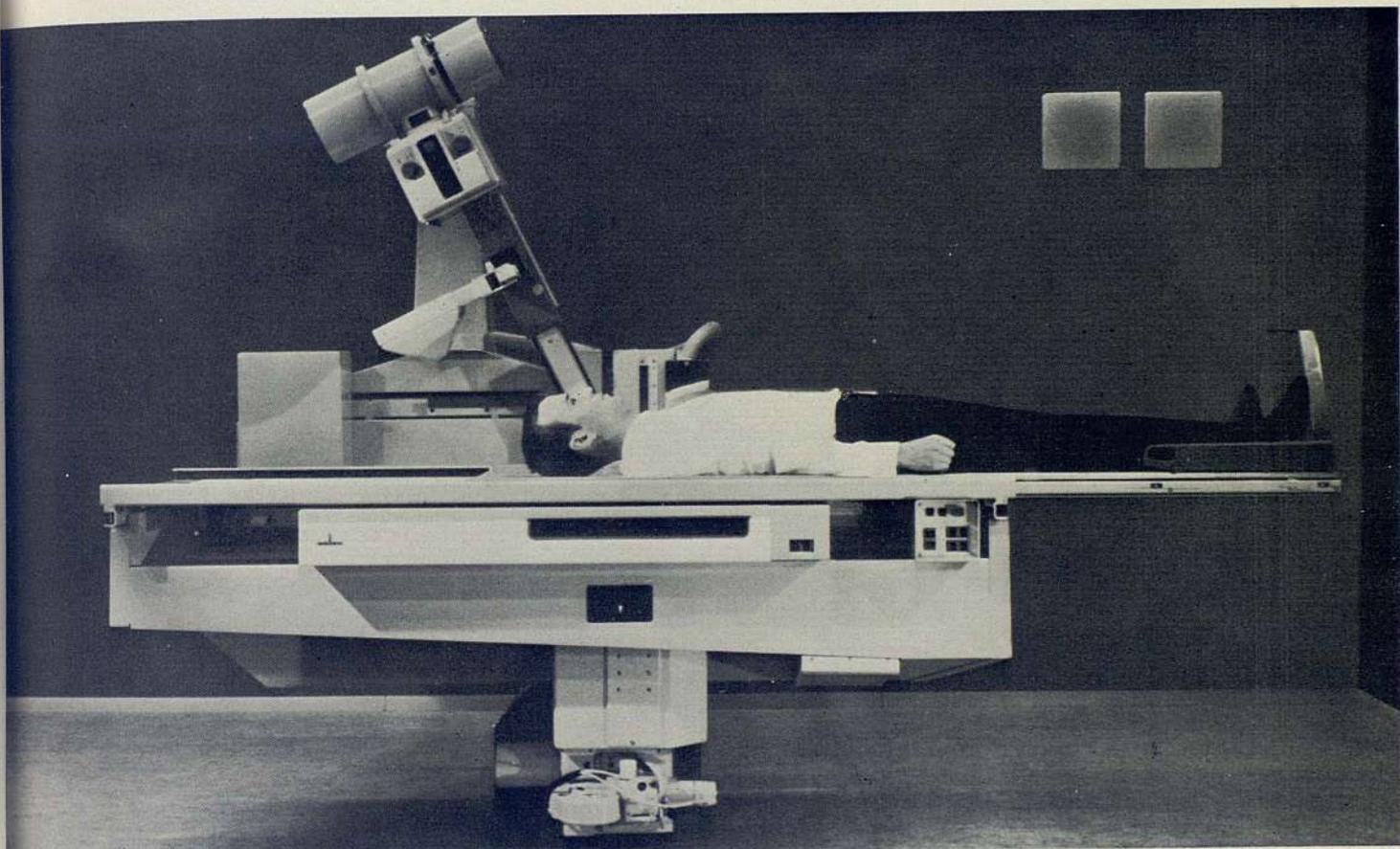
**FUNDACION GARCIA MUÑOZ**  
LA ORGANIZACION COMERCIAL  
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

VALENCIA 8 - Lorca, 7 y 9 - Tel. 26 33 05\*  
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31  
Teléfono 21 34 46



**SIEMENS**

# Con telemando



Con telemando –  
que no es nada extraordinario en la  
era de la técnica moderna.

Pero sí es extraordinario el equipo  
de exploración radiológica SIREGRAPH  
con telemando, por sus múltiples  
aplicaciones y con ello también por su  
elevado grado de utilización.

Una de sus muchas ventajas:

El seguimiento automático del intensi-  
ficador en caso de radiación oblicua,  
con lo cual se evita el desplazamiento  
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica  
con telemando,  
para exigencias máximas

## SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA  
ESPAÑOLA, S.A.  
Madrid 4, Fuencarral, 45, 5º

# PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PUBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 222 30 96

Barcelona 10