ORGANIZACION PASTORAL DE HOSPITALES

A A A A

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios

Año 25. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1972 Número 146 Volumen IV

Director

ANGEL M.ª RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial Hermanos de San Juan de Dios Carretera de Esplugas, s/n BARCELONA 17

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
Carretera de Esplugas, s/n
Tel. 203 40 00
BARCELONA 17

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

BIBLIOGRAFÍA	209
En lucha contra la enfermedad y el dolor, La Acción Hospitalaria en la Doctrina Social de la Iglesia Evolución del concepto de Hospital	206 207 208
N-H	
Telegrama al cardenal Villot Actualización de la pastoral hospitalaria I Jornadas de Pastoral Sanitaria en Bilbao	203 204
La pastoral hospitalaria iluminada por las altas Jerarquías de la Iglesia	
NOTICIARIO N-P	
HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL Por JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.	197
DE LOS ENFERMOS (IV) Por el padre PAULINO ALONSO, C.P.	
EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN	190
Y LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Por FIDENCIA FOZ	176
PREPARACIÓN DEL NIÑO PARA LA HOSPITALIZACIÓN	179
EL ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS Por el doctor VICENTE ROJO	175
DE LICENCIATURAS Por el profesor J. M. SEGOVIA DE ARANA	
LA ENSEÑANZA DURANTE EL PERÍODO	170
SEMINARIO SOBRE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO Por el doctor RAMÓN FERRERÓ, O. H.	162

Por un hospital más humano

Islas Canarias

SEMINARIO SOBRE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

Fue organizado por la Escuela de Dirección y Administración de Hospitales

Por el doctor RAMÓN FERRERÓ, O.H.

CRÓNICA

Se celebró en las Islas Canarias el I Seminario sobre el Hospital Universitario.

Asistieron a él más de 50 especialistas, relacionados, de una u otra forma, con la problemática de la enseñanza de la Medicina.

Era desde luego necesario, en un momento crítico, como es el que atraviesan la Universidad española, la enseñanza en general, y la planificación hospitalaria, reunirse especialistas procedentes de los diversos campos para intentar delinear los presupuestos básicos sobre los que deben trabajar la Facultad de Medicina y los Hospitales en beneficio de una pedagogía y adiestramiento necesarios de los futuros médicos.

PRIMERA SESIÓN

Comenzó el Seminario con la Primera sesión de trabajo. En ella el doctor Soutullo, Director Técnico del Seminario hizo la presentación del tema, considerándolo como una encrucijada de la enseñanza de la Medicina hoy.

El Hospital, como elemento imprescindible al servicio de dicha enseñanza, está hoy saturado de elementos tecnológicos que muchas veces lo apartan de su verdadero cometido: tales son la excesiva burocratización, la pérdida de la relación personal médico-paciente, etcétera.

Pero, además la problemática hospitalaria repercute en la asistencia sanitaria de un país de forma muy directa. Es un hecho la acumulación de profesionales en las ciudades y el abandono de las áreas rurales. Los hospitales permanecen aislados y no jerarquizados.

Con todo ello se puede entrever que, aun poseyendo elementos útiles para una buena enseñanza de la Medicina, al no poderlos presentar de una forma coordinada y eficiente, pierden gran parte de su valor.

El Hospital Universitario, tal como se le concibe hoy, debe estar conectado con la Facultad de Medicina, debe dar continuidad a la enseñanza del ciclo de Licenciatura con el de Postgraduados y debe colaborar en la formación continuada de los médicos.

En nuestro país toda esta problemática está muy lejos de resolverse, cuando aún se debate, si el internado rotatorio debe ser antes o después de la titulación y si debe ser remunerado o no. Hoy se considera que después de la titulación son necesarios de 5 a 10 años para obtener una preparación adecuada del médico.

En una planificación de la enseñanza de la medicina es necesario contar con la colaboración de todos los hospitales acreditados. Para ello se les debe pedir unos requisitos mínimos, tanto en personal, como en instalaciones y organización.

No puede pensarse el seguir con el sistema actual de un solo hospital universitario, cuando el número de alumnos crece de una forma progresiva.

En España existen hoy 17 Facultades de Medicina, de las cuales 6 se han inaugurado en los 5 últimos años.

Y los alumnos de Medicina han pasado de 14.240 en 1960, a 24.900 en el curso 1967-68 y a 36.149 en 1971.

Lo mismo sucede con el número de médicos que se titulan anualmente, que en 1968 era de 1.837 y en 1971 de 2.423.

Y aun a sabiendas de que hay una gran diferencia

entre las distintas regiones españolas, como se comprueba en los gráficos I y II se puede decir en general que la participación hospitalaria a la enseñanza es insuficiente. Se precisan más hospitales universitarios, más hospitales asociados con la Universidad, más utillaje, más profesores, etc. Y sobre todo una coordinación de todos esos elementos pedagógicos.

Gráfico I FACULTADES DE MEDICINA Y HOSPITALES CLÍNICOS Y ASOCIADOS, CLASIFICADOS POR REGIONES HOSPITALARIAS

REGIÓN	FACULTAD	HOSPITAL	CAMAS
1.a Santiago: La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra 2.676.403 habitantes	1. Santiago	Clínico y Provincial (Ministerio y Diputación)	422
VALLADOLID:	2. Valladolid	2. Clínico (Diputación)	380
Burgos, León, Oviedo, Palencia, Santander, Valladolid 3.059.630 habitantes	3. Oviedo	3. Hospital General de Asturias (Diputación)	531
3.ª PAMPLONA: Álava, Guipúzcoa, Logroño,	4. Pamplona	4. Hospital Provincial (1) 5. Clínica Universitaria (Privado)	160 200
Navarra, Vizcaya 2.568.508 habitantes	5. Vizcaya (Bilbao)	6. Sto. H. Civil del Generalísimo Franco (Benef. Part.)	1.154
4.ª Zaragoza: Huesca, Soria, Teruel, Zaragoza 1.270.517 habitantes	6. Zaragoza	7. Clínica de la Facultad de Medicina (Ministerio)	304
5.ª BARCELONA:	7. Complutense de Barcelona	8. Clínico y Provincial (Ministerio)	1.081
Baleares, Barcelona, Gerona, Lérida, Tarragona 5.640.552 habitantes	8. Autónoma de Barcelona	9. Sta. Cruz y S. Pablo (Fundación) 10. C. S. Francisco Franco (I.N.P.) 11. H. de la Cruz Roja (C. R.) 12. Ntra. Sra. del Mar (Municipio) 13. Sdo. Corazón (Patronato)	2.249 168 300 102
6.ª SALAMANCA: Ávila, Cáceres, Salamanca, Zamora 1.317.903 habitantes	9. Salamanca	14. Provincial y Clínico (2) (Diputación)	333
7.ª Madrid:	10. Complutente de Madrid	15. Clínico (Ministerio) 16. C. S. La Paz (I.N.P.)	1.727 1.990
C. Real, Cuenca, Guadalajara, Madrid, Segovia, Toledo 5.315.436 habitantes	11. Autónoma de Madrid	17. C. S. Francisco Franco (Diputación) 18. F. Jiménez Díaz (Fundación) 19. Clínica Pta. de Hierro (I.N.P.) 20. N. del Rey (Sanidad)	3.908 736 412 403

REGIÓN	FACULTAD	HOSPITAL	CAMAS
VALENCIA:	12. Valencia	21. Clínico (Ministerio) 22. Provincial (Diputación)	686 786
Albacete, Alicante, Castellón, Murcia, Valencia 4.250.026 habitantes	13. Murcia	23. Provincial (Diputación)	590
9.ª Granada: Almería, Granada, Jaén, Málaga 2.641.923 habitantes	14. Granada	24. Clínico (Ministerio)	500
10.a Sevilla:	15. Sevilla	25. Provincial (3) (Diputación)	973
Badajoz, Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla 4.051.702 habitantes	16. Cádiz	26. Provincial (Diputación)	309
11.ª ATLÁNTICO: Las Palmas, Sahara, Tenerife 1.125.442 habitantes	17. La Laguna	27. H. Gral. y Clínico de Tenerife (Cabildo)	500
REGIONES: 11 Habitantes: 33.918.032 (4)	Facultades: 17	Hospitales: 27	Camas: 21.862

- (1) De las 790 camas del Hospital, 160 se utilizan como Clínico.
 - (2) Se está construyendo un nuevo Hospital Clínico.
- (3) Actualmente clausurado y en construcción un Hospital Clínico y un Hospital Provincial.
 - (4) No incluye la población de Ceuta, Melilla y Sahara.

Clasificación según dependencia de los hospitales

DEPENDENCIA		HOSPITALES	CAMAS
Corporaciones	Locales	12	9.932
Ministerio		6	4.714
I. N. P.		3	4.561
Fundaciones		3	1.884
Otros		3	771

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO EN PORTUGAL

El Profesor Coriolano Ferreira, Director General de Hospitales de Portugal, expuso a continuación la problemática de todo país frente a los hospitales universitarios, y la forma concreta en que Portugal la había resuelto.

En nuestro país hermano existen actualmente cinco hospitales Universitarios, radicados en Lisboa, Oporto, Coimbra, Luanda y Lourenço Marques.

La enseñanza de la Medicina no es imprescindible,

Gráfico II ESTUDIANTES EN FACULTADES DE MEDICINA (1)

FACULTAD	OFICIAL	LIBRE	TOTAL						
FACULTAD	OFICIAL	LIDKE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL				
Barcelona	3.528	1.327	3.801	1.054	4.855				
Barcelona An.	671		490	181	671				
Cádiz	809		691	118	809				
Granada	2.732		2.272	460	2.732				
La Laguna	489	118	480	127	607				
Madrid Comp.	4.832	692	4.084	1.440	5.524				
Madrid Ant.	583	851	953	481	1.434				
Navarra	680	20	533	167	700				
Oviedo	627	9	451	185	636				
Salamanca	2.158	79	1.790	447	2.237				
Santiago	2.262		1.839	423	2.262				
Sevilla	2.431		2.153	278	2.431				
Valencia	3.092	310	2.674	728	3.402				
Valladolid	1.928	454	1.825	557	2.382				
Vizcaya	896	29	669	256	925				
Zaragoza	4.091	451	3.755	787	4.542				
TOTAL	31.809	4.340	28.460	7.689	36.149				

(1) No está incluída la Facultad de Medicina de Murcia. Promedio de estudiantes por Facultad 2.259

PORCENTAJES:

(Curso 1970-71)

Alumnos	ofi	cial	les				87,8 %
Alumnos	lib	res				2.0	12,2 %
Hombres							78,8 %
Mujeres							21,2 %

sin embargo, que se haga enteramente en ellos, puede hacerse el año de internado obligatorio en otros hospitales debidamente autorizados.

Los hospitales universitarios no imparten solamente enseñanza de la Medicina sino de otras disciplinas, como administración y dirección de hospitales, enfermería, servicio social, auxiliares de diagnóstico y terapéutica, etc.

En el tan debatido tema de qué sea lo primero en tales hospitales, si la asistencia o la enseñanza, Portugal se ha decidido por la *Asistencia* y Rehabilitación de los enfermos, sin perjuicio de ejercer también la medicina preventiva. Pero la admisión de pacientes está matizada por las necesidades de la enseñanza.

La dependencia de tales hospitales es del Ministerio de Salud, pero el de Educación Nacional interviene en la designación de directores y jefes de servicios. Todo ello está regulado por un Consejo Coordinador de Hospitales Universitarios en el que existen representantes de ambos Ministerios.

No obstante en la actualidad existen dos tendencias contrapuestas en la consideración del problema: Una defiende y propugna para los hospitales universitarios un Estatuto privado que los separe del resto de hospitales. Otra pretende hacer desaparecer toda distinción entre hospitales universitarios y no universitarios.

Entre ambas hay, finalmente, una posición intermedia que prevé inserción de los hospitales universitarios en la red general, pero con ciertas concesiones en su administración y dirección.

ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

Tras el acto oficial de la Inauguración del Seminario, en la tarde del primer día, se presentó por sus cuatro ponentes el primer tema dedicado a la organización del hospital universitario.

Comenzó la exposición el doctor Soler Durall hablando del Órgano de gestión del hospital.

ÓRGANO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL

Se preguntó en un principio si el Hospital Universitario tiene algún elemento característico que lo distingue del resto de hospitales, pues en cualquier definición del mismo se encuentra siempre la función docente como esencial al mismo. Sin embargo, no todos los hospitales la cumplen ni están en disposición de hacerlo, y menos en forma coordinada con la Facultad de Medicina, condición básica para que el hospital pueda llamarse Universitario.

Ciñéndose, a continuación al apartado que le correspondía desarrollar, afirma que el Órgano de Gestión de un hospital representa el entronque entre el Hospital y la sociedad. Siendo el Hospital una institución eminentemente social, debe existir un interés de la sociedad por el mismo, y debe participar en su gestión para garantizar unos adecuados niveles asistenciales.

El doctor Soler resumió en las siguientes las funciones del Órgano de Gestión dentro del hospital:

- Debe instaurar y mantener una organización.
- Debe construir y utillar el hospital.
- Debe velar por el cumplimiento de los fines sociales.
- Debe procurar una imagen del Hospital que suscite el apoyo social.
- Debe conseguir una imagen interna de participación de la sociedad en el Hospital.
- Debe encarnar el interés del usuario.
- Debe asegurar una completa financiación de sus costes.

Es en la defensa y comprensión del bien común donde se encuentra la verdadera función del órgano de gestión. Los técnicos deberán asesorarle pero él es quien debe seleccionar las opciones convenientes y configurar los fines.

La importancia de que el hospital cuente con este órgano repercute indudablemente en la formación del futuro médico, ya que la imagen del hospital que vive le quedará grabada y condicionará su futuro. De ahí también la importancia de eliminar defectos ancestrales de los hospitales para que no deformen a los estudiantes que por primera vez se acercan a él.

El órgano de gobierno es un elemento importante para canalizar la transformación del hospital, en hospital universitario. Puesto que el Hospital Universitario no deja de ser hospital, al órgano de gobierno le concierne hacer que, sin detrimento de los aspectos asistenciales, el hospital viva el clima pedagógico adecuado para el proceso educacional del futuro médico.

También tendrá que velar por una adecuada financiación, ya que el mero hecho de orientarlo hacia la enseñanza hace que el hospital incremente sus gastos en un 20 a 30 %.

A continuación el doctor Soler describió las características de la Organización Hospitalaria en Inglaterra y en Estados Unidos de América determinando las atribuciones de los órganos de gestión en cada uno de los dos sistemas.

Como conclusión de ese análisis dedujo la importancia de la participación de la comunidad en la gestión del hospital, cosa que en las diferentes formas de gestión de los hospitales españoles está poco estructurada, no existiendo un efectivo control que asegure esa participación comunitaria y que la supervise a nivel central cuando de forma periférica no se hace.

Lo que no se puede permitir es el antagonismo entre prioridades del hospital, enfrentando las funciones de asistencia y enseñanza. Para ello el conferenciante propugna englobar en un solo fondo asistencial todos los recursos, los de la Universidad y los de la sociedad, para que entre todos se consiga la realidad de un complejo docente-asistencial que es el hospital universitario. Y este hospital ha de ser equilibrado en sus pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico como económico.

Y aun así, no se deberá perder de vista que la enseñanza de la Medicina no se puede hacer toda en el recinto del hospital. Tanto la medicina preventiva como la rehabilitadora deberá comprender la problemática familiar, laboral y social del enfermo.

LAS FUNCIONES DEL GERENTE

La segunda parte de la ponencia fue expuesta por el doctor Evangelista Benítez.

Definió la gerencia hospitalaria como el órgano que con función de gobierno, propia o delegada, actúa de modo constante y permanente sobre la totalidad de los servicios hospitalarios, tanto clínicos como generales y administrativos, con la misión de servir a los objetivos y fines de la Institución.

La forma concreta de llevar a efecto esta dirección o gerencia varía según la dependencia del hospital, y se lleva a efecto a través de unas juntas de gobierno que, con carácter de Pleno o Comisión Permanente intervienen directamente sobre la Gerencia del Hospital.

Pero, para que la actuación de la Gerencia sea coherente han de existir unas bases sobre las que pueda actuar con la suficiente autonomía. Estas son las siguientes:

1.º Unidad de doctrina. Que se ha de basar a su vez en la clara definición de los fines y objetivos que pretende la institución hospitalaria. Esta doctrina ha de ser determinada por el Órgano de gobierno y aceptada por la Gerencia.

Supone entre otras cosas: Unidad de criterios.

Unidad de normas.

Unidad de política.

Definición y conocimiento de los objetivos.

Fácil comunicación entre la Gerencia y el Órgano de gobierno.

- 2.º Preparación de la persona que asuma las funciones gerenciales, cuyo carácter colegiado está asegurado por la participación en el gobierno interno de las Juntas Facultativa y Económica.
- 3.º Establecimiento de unos sistemas de control de la Gerencia e intervención económica de la misma, dependientes directamente del órgano de gobierno.

Actualmente la Gerencia Hospitalaria supone una verdadera especialización. La complejidad que conlleva la técnica hospitalaria y la multiplicidad de problemas que pueden presentarse en la organización de tal institución requieren hoy, aun cuando puedan existir dife-

rentes criterios, que el Gerente de un Hospital: Sea Médico. Trabaje a dedicación exclusiva, estando exento de cualquier obligación asistencial.

El hecho de que en alguna parte se dé el Gerente de Hospital no médico, no significa que sea mejor. Hay que reconocer que el hecho de no ser médico le dificulta para adoptar con criterios verdaderamente científicos, posiciones claras frente a planteamientos de situaciones clínicas concretas.

Por otra parte, resulta más fácil asimilar los conceptos de economía que se requieren, por parte de un médico que no viceversa.

Lo que nunca se podrá hacer es prescindir de tales conocimientos. Hoy el Director Médico o Gerente de un Hospital necesita, independientemente de su formación clínica, una adecuada preparación sanitaria, en la que se incluyan unos conocimientos básicos de medicina preventiva, de salud individual y colectiva, de sociología médica, de asistencia ambulatoria, de rehabilitación clínica y social y de educación sanitaria.

Además ha de poseer un adecuado interés por los aspectos docentes e investigadores del hospital, así como amplios conocimientos de todo lo que se refiere a la administración propiamente dicha.

CUALIDADES DEL GERENTE DE HOSPITAL

En el concepto del doctor Benítez la importancia y responsabilidad del Gerente hospitalario exigen unas cualidades personales que avalen su actuación y le granjeen la confianza tanto del órgano de Gobierno como de los Jefes de servicio del hospital.

Fundamentalmente serán:

- 1. Conocimiento de la misión del Hospital y fe operativa en la misma.
 - 2. Sentido de la autoridad. Cualidades de mando.
- 3. Buen generalizador. Saber ver los problemas en su contexto y unir las partes con el todo.
- 4. Espíritu de decisión e iniciativa. Saber delegar y aceptar el trabajo en equipo.
- 5. Sentido de disciplina que le permita conciliar su autonomía con el respeto a las órdenes recibidas.
 - 6. Competencia para juzgar, apreciar y decidir.
 - 7. Sentido de previsión.
- 8. Conocimiento del hombre. Objetividad al tratar a las personas.
 - 9. Capacidad de organización, flexibilidad, firmeza.
- 10. Inquietud docente que le lleve a formar y educar.

Todas ellas son de gran importancia y el órgano de Gobierno se ha de cerciorar antes de aceptar a un Gerente de que la persona a quien se va a elegir es la adecuada. Más que elegir a un gran clínico, la verdadera imagen del Gerente vendrá configurada por el conjunto de las cualidades anteriormente señaladas.

LA FUNCIÓN GERENCIAL

Aun cuando la función gerencial está constantemente en revisión se pueden señalar algunas líneas que la definen de forma genérica.

La razón de ser del Gerente o Director de Hospital es la de servir a los objetivos y fines de la institución hospitalaria. Todas sus acciones tendrán como denominador el ser direccionales, es decir el de ir encaminadas a la consecución de los fines trazados.

La función gerencial es fundamentalmente técnica y administrativa. Pero, dándose en el hospital una triple vertiente asistencial, docente e investigadora, el gerente ha de abarcarlas y coordinarlas a todas, pero sin hacer perder a los servicios su independencia capaz de hacerlos progresar y desarrollarse.

Para conseguir la coordinación ha de fomentar la unión entre los servicios, facilitando el intercambio y la cooperación, mediante reuniones o sesiones clínicas y bibliográficas.

Junto a su actividad coordinadora deberá ejercer otra función de control, tanto cuantitativo como cualitativo, ateniéndose al periódico examen de los índices funcionales en ambos aspectos.

La formación del personal también depende en parte de la función gerencial, aun cuando, en los aspectos concretos sea llevada a efecto por diferentes profesionales. Y juntamente con ella deberá promover la investigación a distintos niveles.

Últimamente la función gerencial tiene un específico campo de actuación en la administración propiamente dicha. Dentro de ella son funciones concretas del Gerente:

- 1.º Elaboración del plan económico presupuestario del Hospital, determinando y concretando todos sus capítulos.
 - 2.º La vigilancia del desarrollo del plan económico.
- 3.º La valoración del costo de la estancia y la armonía de los factores que la determinan.
- 4.º La determinación de los costos y su relación con el rendimiento.
- 5.º El control de los diversos aspectos económicos de la asistencia: Los gastos de sostenimiento; las tarifas del hospital; el cobro de las mismas; el sistema contable, etc.
- 6.º La vigilancia de la política económica para acomodarla en cada caso a las necesidades del hospital.

A continuación el doctor Ramírez esbozó las características a tener en cuenta por las gerencias hospitalarias hoy, ya que el hospital es una institución en constante cambio y que debe acomodarse a las necesidades de cada momento.

Según su criterio las características que hoy definen al hospital y por ello, a la función gerencial son:

- Demanda progresivamente creciente de instalaciones.
- Aumento de la especialización en todos los sectores.
- Expansión de los órganos Staff de los servicios.
- Desaparición de fronteras entre los servicios.
- Expansión de las relaciones públicas.
- Crecimiento del volumen y complejidad de la financiación.

Estas y otras características propiamente clínicas caracterizan a la institución hospitalaria y hay que tenerlas en cuenta, especialmente en el Hospital Universitario, modelo de hospital en todas sus funciones.

ÓRGANOS DIRECTIVOS Y CONSULTIVOS

La tercera parte de la Ponencia fue expuesta por don José Antonio de Salvador, administrador del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Versó sobre los órganos directivos y consultivos del Hospital.

Tras unas consideraciones sobre el momento español respecto a la asistencia hospitalaria, pasó a describir el concepto de *Staff* y *line* que hoy podrían identificarse en el hospital con el de órganos directivos y consultivos.

Dentro de los *órganos directivos*, y según la dependencia patrimonial del hospital, se pueden considerar:

- La junta de Patronato o Consejo de Administración.
- La Dirección o Gerencia.
- La jefatura de División Médica.
- La jefatura de la División Médico-Administrativa.
- La jefatura de la División Administrativa.
- Las jefaturas de Departamentos.

Y entre los órganos consultivos se encuentran:

- El Comité asesor de la Junta de Patronato.
- La Junta Facultativa o de Clínicas.
- La Junta Administrativa.
- La Comisión mixta, si existe.
- Los Comités asesores.

A los órganos propiamente directivos les dedicó menos atención ya que habían sido tratados por los conferenciantes anteriores con más extensión.

Se detuvo con más atención en los los órganos consultivos, dada su gran importancia para la dinámica del hospital y la poca participación que aún hoy en día tienen en la marcha general del mismo.

El Comité asesor de la Junta de Patronato lo considera el ponente como formado idealmente por un número no excesivo de miembros —de 9 a 11— y seleccionados entre personas afines a diversos puestos sociales o políticos, que representen realmente a la sociedad y que se responsabilicen de la supervisión de determinados objetivos del hospital.

En el Estatuto y Reglamento del Hospital debe constar la forma de funcionamiento y la composición de ese Comité.

La Junta Facultativa tiene ya carta de naturaleza en la organización de muchos hospitales y a ella se le atribuyen las obligaciones de asesorar en materia de asistencia y de organización de la división médica.

Sobre su composición y funciones el Anteproyecto de Reglamento de Hospitales da una pauta que en general es bien aceptada. No obstante según la dependencia del hospital pueden concedérsele más o menos atribuciones.

La Junta Económica debe asesorar a la Junta de Gobierno en todo lo concerniente a materia económica y administrativa.

La Comisión Mixta puede darse en ciertos hospitales y comprende representantes de la Junta Facultativa y del Consejo de Administración. Tiene por finalidad facilitar las relaciones e información en materias afines.

Entre los órganos consultivos, destaca hoy la importancia de los Comités Técnicos asesores de la división médica. Ellos son los que pueden ejercer un verdadero control de la calidad del hospital y su número puede variar según el volumen del mismo y según su ámbito y calificación.

Son numerosos los que se pueden constituir. Los más importantes son:

- Comité de acreditación
- Comité de selección de personal
- Comité de farmacia
- Comité de infecciones
- Comité de Historias Clínicas
- Comité de Anatomía patológica
- Comité de residentes
- Comité de consultas externas
- Comité de urgencias
- Comité de deontología médica, etc.

Y otros que se pueden crear para una determinada función y desaparecer cuando se haya cumplido.

En el hospital universitario no podrán faltar:

- Comité de docencia
- Comité de investigación.

LA DEPARTAMENTALIZACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

La cuarta y última parte de la Ponencia es expuesta por el doctor Fernando Gómez, gerente del Gran Hospital del Estado en Madrid.

Comienza definiendo los conceptos básicos de: División, Departamento, Servicio y Unidad.

Las divisiones fundamentales que considera necesarias en un hospital son:

- División médica.
- División médico-administrativa.
- División de enfermería.
- División administrativa.

Como originalidad aporta la inclusión en el organismo funcional del hospital de la División de enfermería, que el ponente define como de una importancia capital y con suficiente autonomía para tener dicho rango.

El resto de divisiones quedan divididas en los habituales servicios y departamentos, ya que el hospital universitario no es sino un hospital bien organizado en el que se da la importancia máxima a la función pedagógica.

En cuanto al puesto de los catedráticos en la estructura funcional del hospital, si hasta ahora eran considerados como jefes natos de las unidades, en lo sucesivo parece que lo más efectivo será la asignación como jefes de departamentos o servicios por ser la estructuración más acorde con el funcionalismo hospitalario. Y todo ello con la máxima coordinación entre servicios y departamentos afines.

Segunda Ponencia:

LA ENSEÑANZA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

La primera parte de su exposición, todavía en Santa Cruz de Tenerife, estuvo a cargo del profesor Segovia de Arana, director de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, quien se ciñó al tema:

LA ENSEÑANZA DURANTE EL PERÍODO DE LICENCIATURA. MEDIOS Y SISTEMAS

Aprovechando el encontrarnos en un momento de cambio y de máximo interés por parte de la sociedad respecto a los problemas de la Universidad y concretamente al de la enseñanza de la Medicina, hizo un resumen de los defectos e inconvenientes de la enseñanza tradicional y dio unas pistas a tener en cuenta al estructurar nuevos planes.

También se refirió a los sistemas y métodos que deben utilizarse hoy al enseñar las disciplinas médicas, que han de ser en consonancia con la evolución de la sociedad y con las características propias de tales materias.

Por considerarlo de alto interés y difícil de sintetizar en sus líneas generales, reproducimos íntegra la disertación del profesor Segovia a continuación de esta crónica.

El día 17, ya en Las Palmas de Gran Canaria, tuvo lugar la exposición de la segunda parte de esta Ponencia.

El profesor J. R. del Sol, catedrático de Obstetricia y Ginecología de Valladolid, expuso el tema:

FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS. PROGRAMAS

Con la autoridad que le da el hecho de sus numerosos años de docencia se refirió a las dificultades que la formación de especialistas ha tenido hasta la ley de especialidades de 1955, y las que a partir de esta fecha sigue teniendo aún la Universidad.

Entre ellas destaca como más nefasta la falta de coordinación entre los organismos que imparten enseñanzas, sin que la Facultad pueda ejercer un verdadero control de calidad.

La enseñanza de especialistas debe estar siempre supervisada por la Facultad respectiva, aun cuando la impartan escuelas radicadas fuera de la misma.

También en cuanto al número de especialistas, la Universidad debería orientar y controlar, ya que de otra forma se produce un acceso masivo a ciertas especialidades cuando las deficiencias están en otros campos de la actividad médica.

A este respecto surgió un diálogo interesante con varios de los asistentes, que sustentaban ideas distintas, en cuanto a la forma práctica de orientar y controlar el acceso y salida de especialistas.

Entre ellos el doctor Vicente Rojo expuso minuciosamente las necesidades de especialistas y las variables en que se basan.

Muchas de ellas dependen del grado de desarrollo socio-económico del país. Otras del nivel cultural. Otras de la pirámide de población existente o de la especial patología geográfica.

Ambas aportaciones se complementaron, aunque defendiendo sistemas diversos en la formación de los especialistas.

También esta ponencia del doctor Rojo la transcribimos íntegra al final.

El resto del día, se suspendió el Seminario para poder admirar las bellezas naturales de Gran Canaria.

Al día siguiente continuando con las tareas científicas tuvo lugar la exposición de la última ponencia.

Tercera Ponencia:

HOSPITALES ASOCIADOS

Su exposición se hizo en forma de panel en el que intervinieron:

Doctor Adolfo Serigó, como presidente del Panel.

Profesor José M.ª Smith, Decano de la Facultad de Medicina de la Laguna.

Profesor E. Ortiz de Landázuri, Decano de la Facultad de Medicina de Navarra.

Doctor C. Zurita, secretario del Patronato Nacional Antituberculoso y de Enfermedades del Tórax.

Doctor Luis Espacio, gerente del Hospital Provincial de Valencia.

Doctor C. Guerra, gerente del Hospital Insular de Las Palmas.

Doctor Francisco J. Vadell, gerente del Hospital General y Clínico de Santa Cruz de Tenerife.

Cada uno, desde diferente punto de vista, fue exponiendo la necesidad de asociar a la tarea docente de la Universidad los hospitales debidamente organizados y jerarquizados.

Nadie duda de la necesidad de colaboración entre la Facultad de Medicina y la red asistencial del país. Aquélla es quien debe controlar la enseñanza y otorgar las licencias docentes, pero la enseñanza clínica puede estar perfectamente descentralizada en aquellos hospitales que hayan alcanzado un nivel asistencial y organizativo adecuado.

Hoy en España se empieza a producir esta descentralización que no puede reportar sino beneficios, haciendo que los hospitales alcancen un *Standar* asistencial elevado y que lo mantengan con la ayuda y orientación de la Facultad de Medicina.

Casi todos los participantes en el panel tienen experiencia en el sistema de conciertos y colaboración con la Facultad de Medicina por lo que sus opiniones son eminentemente prácticas y actuales.

Todos están acordes en el beneficio que supondría para la enseñanza de la Medicina el aprovechamiento de la Red asistencial española, precediendo a la firma del convenio un análisis de la calidad asistencial del hospital en cuestión.

Tras la exposición de los integrantes del panel, se pasó a la discusión de las ideas vertidas por ellos, participando numerosos asistentes interesados en este tema de la colaboración y asociación a la Universidad para la enseñanza de la Medicina.

Tuvo que interrumpirse el interesante coloquio por finalizar el tiempo concedido y tener que celebrarse el acto de clausura.

CLAUSURA DEL SEMINARIO

Al mismo asistieron las autoridades sanitarias y docentes de Canarias, presidiendo el acto el Excelentísimo señor gobernador de la provincia, señor Fernández Galar, quien hizo entrega a los participantes de los diplomas acreditativos de su asistencia al Seminario.

Aun cuando el Seminario no tenga una inmediata aplicación práctica, modificando la estructura legislativa docente del país, ha sido de gran interés por suscitar en los participantes y a través de las publicaciones que le sigan, en todos los interesados, las ideas directrices que han de predominar en la enseñanza de la Medicina en los próximos años, y la forma de colaborar de los hospitales a distintos niveles de la enseñanza.

Si es cierto que existen todavía numerosos prejuicios que impiden la coordinación de Universidad y Hospitales, de Universidad y Seguridad Social, de asistencia pública y privada, también lo es que empiezan a abrirse camino las ideas que propugnan la colaboración, coordinación y jerarquización de todos los elementos disponibles para conseguir una mayor eficacia y una mejor preparación de las clases médicas del futuro.

LA ENSEÑANZA DURANTE EL PERIODO DE LICENCIATURA

MEDIOS Y SISTEMAS

Por el profesor J. M. SEGOVIA DE ARANA

INTRODUCCIÓN

Nunca ha habido tanto interés por los problemas de la enseñanza de la Medicina como en el momento actual. Se someten a revisión los sistemas y métodos pedagógicos tradicionales y se buscan otros nuevos que puedan ser más eficaces, en consonancia con las exigencias de nuestros días.

Cuando se estructura un nuevo plan de estudios de la carrera de Medicina, deberían tenerse en cuenta:

- I. Los defectos e inconvenientes de los planes de estudio tradicionales, para evitar su repetición.
- II. Los condicionamientos de la Medicina actual y los objetivos finales que se pretende alcanzar a través del currículum médico.
- III. Los métodos pedagógicos más adecuados para el desarrollo de dicho currículum.

Aunque son conocidos y criticados fácilmente los defectos de la educación médica tradicional, esquemáticamente son:

- 1. Sobrecarga de las materias que constituyen el currículum y el excesivo celo de los examinadores que pretenden hacer del estudiante un pozo de conocimientos en cada una de las asignaturas.
- 2. La gran variedad y autonomía de las diferentes cátedras, que en la mayoría de los casos organizan sus propios programas con absoluta ignorancia por lo que ya se ha enseñado en otras partes, lo que conduce frecuentemente a repeticiones, omisiones y contradicciones que desorientan al estudiante.
- 3. Excesivo número de horas de algunas asignaturas (hay Facultades en las que la Anatomía excede de las 900 horas alumno-año).

- 4. El mayor peso de la tarea docente se coloca sobre el estudiante que debe memorizar las materias aprendidas para su reproducción en los exámenes. Esto, origina actitudes mentales poco convincentes, ya que el estudiante pierde curiosidad e iniciativa, sus dotes de observación están subdesarrolladas, su habilidad para deducir e interpretar hechos es pobre y, con mucha frecuencia, le falta precisión en el empleo de las palabras.
- 5. Falta de adiestramiento clínico y adquisición progresiva de responsabilidad profesional en la gran mayoría de los casos, lo que supone una peligrosidad potencial para la sociedad, cuando el licenciado recibe un título que le permite practicar la Medicina, la Cirugía y la Obstetricia en toda su extensión, sin ninguna exigencia legal de entrenamiento posterior.

Es evidente, que la Medicina no puede enseñarse ni aprenderse según los viejos moldes que, probablemente, tuvieron su justificación hace 40 ó 50 años, pero que son insostenibles en la actualidad.

En los planes de estudio, deben tenerse en cuenta los siguientes hechos:

- 1. Se ha producido una auténtica explosión de conocimientos, de una magnitud tal, que llevará a la duplicación, en 10 años, de toda la información científica publicada hasta ahora. Este crecimiento, casi logarítmico, de los conocimientos probablemente se acelerará aún más en el futuro.
- 2. Es imposible, por tanto, pretender dar toda esta información, ni siquiera una síntesis de la misma, en los años de la carrera. Estos deben ser considerados como una parte, aunque una parte significativa, de una formación profesional que ha de durar toda la vida. La formación del médico no sólo ha de hacerse en las Facultades de Medicina y en los hospitales universitarios, sino en los hospitales docentes del país, que han

de prepararse para participar en dicha tarea. La formación de auténticos especialistas, que son y deben ser considerados como la evolución más diferenciada en la formación del médico, tendrá que hacerse en hospitales docentes acreditados, con planes coordinados de enseñanza de post-graduados.

- 3. La Facultad debe promover en los estudiantes una estructura mental y unos mecanismos intelectuales de aprendizaje, que le permitan seguir incorporando y utilizando la nueva información científica que ha de encontrar una vez terminada su carrera, junto con la rigurosa selección y jerarquización de los conocimientos médicos básicos, que han de constituir los fundamentos y las bases de la profesión médica. La Facultad tiene que desarrollar en el estudiante el hábito de estudio sistematizado y la aplicación del método científico a todas sus actividades intelectuales, fomentando el desarrollo de la autocrítica y la percepción de sus posibilidades y autolimitaciones.
- 4. La fragmentación de los conocimientos, inducida por el incesante desarrollo de la especialización médica, hace que sea imprescindible una visión completa y coordenada del enfermo y de su tratamiento.
- 5. La Medicina es una disciplina científica. El progreso personal del médico en su profesión y los de la propia Medicina en conjunto, sólo podrán ser impulsados por su contenido científico. La nueva Facultad debe crear una atmósfera de exigencia y de respeto al método científico, mantenido por los profesores tanto en las disciplinas básicas como en las clínicas. Cuando tal atmósfera es auténtica, es percibida e incorporada sin dificultad por el estudiante.
- 6. La Universidad debe ser diversidad de posibilidades tanto de aprender como de desarrollar las capacidades de cada alumno. La Facultad de Medicina tiene que ofrecer en sus planes de estudio una amplia combinación de posibles realizaciones, de acuerdo con la variabilidad de las actividades médicas de nuestro mundo actual y del próximo futuro.
- 7. La Sociedad aumenta constantemente su demanda de una asistencia médica de calidad para todos los miembros de la comunidad, a pesar de que la población aumenta, los costos se incrementan y los avances tecnológicos se aceleran.
- 8. A medida que la Sociedad proporciona mayor seguridad a sus miembros, es más exigente en la participación de los mismos, en las necesidades de la comunidad. Por razones biológicas, psicológicas y culturales, el individuo no puede prescindir de la Sociedad en que vive, ni tampoco ignorarla. El enfermo y el médico son componentes de una comunidad social, cuya estructura y problemática es indispensable conocer. Por tanto, los estudios referentes a la organización y problemas de la sociedad, han de ocupar una parte fundamental en los nuevos planes de estudio de las Facultades de Medicina.

Por estas y otras consideraciones, la Facultad de Medicina tiene que establecer un plan de estudios o currículum, que pretenda alcanzar durante la licenciatura los siguientes objetivos:

- a) Formar médicos básicos de acuerdo con las necesidades del país, la evolución de las Ciencias Médicas y los requerimientos particulares derivados de la responsabilidad que en la comunidad social corresponde al médico.
- b) Además de proporcionar al estudiante los conocimientos técnicos indispensables de la profesión médica, debe promover en él aptitudes psicológicas que le permitan establecer de manera definitiva los fundamentos en que ha de desenvolverse la relación médicoenfermo, vital para una efectiva asistencia y práctica médicas. Esto ha de conducir a niveles elevados de carácter ético y humanitario.
- c) Enseñar al estudiante a aprender por sí mismo de una forma activa, estimulando su capacidad de autoformación, desarrollo de su habilidad y juicio crítico para observar y razonar lógicamente. Esta idea debe basarse en la condición de que el paso del estudiante por la Facultad, constituye solamente una fase del proceso de formación que debe durar toda su vida profesional.
- d) Lograr una adecuada progresión a través de todas las fases de su formación profesional, que vaya desde la provisión de formación adecuada, al aprendizaje del método científico y al uso de técnicas especiales, todo lo cual se completará con otras actividades que tienden a formar su carácter y a promover su talento.
- e) Dar oportunidad al estudiante de conocer los problemas médicos y sanitarios de la sociedad en que vive, para que pueda participar con su formación profesional, en la resolución de los mismos, trabajando conjuntamente con otros profesionales interesados en los mismos problemas. La gran diversidad de las posibilidades médicas y sanitarias de la comunidad social, deben ser ofrecidas a los nuevos médicos de forma coordinada para captar su voluntad y cooperación.

Los métodos pedagógicos han de amoldarse a las ideas actuales. La enseñanza no debe hacerse sobre discusiones más o menos sofisticadas, referente a hechos de los cuales no se tiene evidencia científica que los soporte. La Medicina dogmática ha sido sustituída por la Medicina crítica, y, por tanto, deben enseñarse hechos básicos que puedan ser refutados, discutidos y analizados.

La enseñanza de la Medicina ha dejado de ser un tema sobre el que se expresan ideas particulares para convertirse en un problema que se investiga de manera objetiva.

La educación no es en sí misma un fin, sino un

proceso que se sirve de un método determinado para alcanzar un fin completo, dadas determinadas inversiones de tiempo y de esfuerzo. Lo que se pretende es inducir cambios en el comportamiento intelectual del estudiante, para facilitar el proceso del aprendizaje. Este es el objetivo de la educación.

El aprendizaje es una tarea personal del individuo:

a) Es un proceso individual, realizado por estudiantes individuales, a un ritmo individual y por medios individuales. No es nada que pueda lograrse por una transmisión mágica del profesor.

El aprendizaje es como el crecimiento biológico de un organismo. Nadie puede crecer por otro.

- b) El aprendizaje es más rápido y más efectivo si el que aprende comprende claramente lo que se espera que aprenda.
- c) El aprendizaje es mejor cuando el estudiante percibe que lo que aprende está en relación con sus objetivos finales.
- d) El aprendizaje se facilita cuando existe un autocontrol o feed-back, rápido e individual.
- e) El aprendizaje raramente se produce sin una motivación clara.

La enseñanza de la Medicina tiene que tener presentes estos principios generales del aprendizaje, para ser dispuesta o realizada de acuerdo con ellos.

Refiriéndonos principalmente a la enseñanza, dentro de los hospitales docentes, hemos de señalar, que, como cualquier otra forma de educación, se desarrolla apoyándose sucesivamente en los distintos niveles de los procesos intelectuales:

- 1. Recuerdo y activación de conocimientos adquiridos previamente.
 - 2. Incorporación de nuevos conocimientos.
 - 3. Interpretación de datos específicos.
- 4. Aplicación de los conocimientos a la solución de un problema determinado.
- 5. Evaluación y síntesis de una situación global para alcanzar un estado más evolucionado y concreto.

La educación clínica se sirve de todos estos niveles, pero según la preponderancia de cada uno de ellos en los distintos momentos del desarrollo de la enseñanza clínica, pueden separarse dos grandes fases:

- 1.ª Fase analítica (basada fundamentalmente en los tres primeros niveles de procesos intelectuales), y
- 2.ª Fase sintética o diagnóstica (que comprende los dos últimos).

Entre ambas existe una fase intermedia o de transición, que es la fase sindrómica.

FASE ANALÍTICA

El objeto de la enseñanza clínica es contrastar los conocimientos teóricos con la realidad del enfermo, que constituye un problema médico, humano y social. Todo lo que el enfermo pueda enseñar al estudiante, podría haber sido obtenido teóricamente, de forma analítica. Pero la información suministrada por el enfermo, incluso en esta fase de obtención aislada de datos, es superior a la de los textos o a la suministrada por los métodos audiovisuales. Baste sólo considerar el valor informativo de la percepción de una cianosis o ictericia, la palpación de un hígado cirrótico, la auscultación de un soplo cardíaco, etc. El enfermo es una demostración espontánea de los síntomas y signos de la enfermedad, aunque, naturalmente, es mucho más que todo eso.

El desarrollo de la Medicina ha hecho que muchos datos de la información analítica que el enfermo puede proporcionar, no lo sean de forma inmediata, sino a través de una instrumentación o tecnología aplicada, de naturaleza física o química. Estos datos, en definitiva, derivan del enfermo, por lo que su interpretación y valoración, forman parte, con todo rigor, de la enseñanza clínica. En todos los casos, la presencia del enfermo es imprescindible para el desarrollo de la enseñanza clínica.

El personal docente que interviene en las primeras fases de la enseñanza clínica, no necesita ser de elevado rango académico. Los instructores pueden ser del nivel de médicos internos y residentes de los servicios clínicos del hospital. Las técnicas del aprendizaje son sencillas y no exigen grandes variaciones en los métodos pedagógicos clásicos de enseñanza directa, demostrativa, en grupos muy pequeños de estudiantes.

FASE SINDRÓMICA

En la enseñanza clínica, se va pasando de forma gradual desde la fase inicial, analítica o propedéutica a la última fase de integración, cuyo objetivo final es el diagnóstico. En la fase intermedia o sindrómica, se comienzan a establecer correlaciones e integraciones parciales, cuyo fin no es el entrenamiento en el diagnóstico de la enfermedad completa, sino el propósito de mostrar las formas más habituales de combinación de síntomas y de signos, que constituyen un síndrome. El estudiante debe comenzar a familiarizarse con los diversos síndromes clínicos, precisamente a la cabecera del enfermo.

El mayor desarrollo docente de esta fase de la enseñanza clínica, exige una preparación pedagógica mayor de los que intervienen en la misma.

FASE DE INTEGRACIÓN O DIAGNÓSTICA

Comprende los niveles más desarrollados de los procesos intelectuales aplicados a la enseñanza clínica. Precisa haber adquirido mecanismo de abstracción, ordenación y jerarquización de los datos obtenidos del enfermo, para elaborar el diagnóstico, tanto en los aspectos somáticos, como antropológicos y sociales.

En la fase integradora no es imprescindible la presencia física del paciente. El estudiante participa de forma más activa en el proceso de su formación en comparación con la actitud más receptora de períodos anteriores. Es posible una mayor diversidad de métodos pedagógicos, incluídos los audio-visuales y las distintas modalidades de enseñanza programada. El papel del maestro es muy importante y delicado, ya que, según la actitud docente que adopte, los resultados pueden variar considerablemente. Ante todo, tiene que estar atento al desarrollo del método pedagógico, del cual debe ser un vivo exponente personal.

Aunque el grupo docente es fundamental en la enseñanza de la moderna Medicina, la influencia del maestro-sigue siendo decisiva como ordenador y catalizador del conjunto, pudiendo desarrollar de esta forma una acción personal. Del mismo modo, el estudiante incorporado al grupo docente desarrollará su aprendizaje del proceso diagnóstico, como una tarea estrictamente personal.

FORMAS DE LA ENSEÑANZA CLÍNICA

Las formas de desarrollar la enseñanza clínica están íntimamente relacionadas con la estructura del currículum. A medida que en éste hay más coordinación e integración entre las diversas disciplinas, mayor eficacia y calidad podrá lograrse de la enseñanza clínica.

La manera de realizarse la enseñanza clínica, depende también del tipo de relación profesor-alumno, que exista en la Facultad de Medicina. Pueden distinguirse tres tipos de relación docente profesor-alumno:

- a) Relación pasiva. El alumno es un receptor pasivo y mudo de las enseñanzas del maestro. Es la forma más elemental y arcaica y del más bajo contenido pedagógico.
- b) Relación tutorial autoritaria. El alumno es guiado y tutelado con criterio autoritario para corregir su desgana, su pereza, su tendencia a hacer mal las cosas. Al final del período pedagógico se encuentran los exámenes, de carácter punitivo, aunque de severidad variable.
- c) Relación transaccional. Hay una participación mutua del profesor y del alumno en la tarea docente. Es una relación transaccional entre adultos en la que existe una influencia recíproca constante, de tal modo que los resultados de una fase influyen sobre la manera de conducir la siguiente. El estudiante se vuelve paulatinamente autónomo y maduro, ya que el fin didáctico no es llenarle de conocimientos, sino volverle responsable y adiestrarle en la libre decisión profesional ante

el enfermo. La responsabilidad, en cierta manera, supone anticipación.

MÉTODOS DE LA ENSEÑANZA MÉDICA

Tienen que emplearse diversos métodos si hay distintos propósitos o aspectos educativos. Según sea el propósito, así será el método que se deba emplear, teniendo necesidad la mayoría de las veces de recurrir a varios de ellos. No tienen sentido las discusiones sobre la primacía o superioridad de un método sobre otro.

- a) Clases magistrales. Es el método más frecuentemente empleado, pero hay que señalar que no es el más eficaz ni el mejor para impartir conocimientos. Sus ventajas estriban en que presenta un tema vivamente, resume lo que es nuevo o difícilmente asequible y establece una jerarquización o categoría de la información transmitida según la experiencia y la sistematización mental del profesor. Pero debe ser empleada con moderación para que no pierda eficacia.
- b) Mesas redondas, coloquios, seminarios, grupos de discusión. Son variantes de la participación de varias personas en la actividad docente dialogada. Hay una incorporación más activa del estudiante, que al estar más motivado, incorpora mejor los conocimientos. A veces los seminarios se desvirtúan al convertirse en conferencias o lecciones magistrales dadas a grupos pequeños. Requieren preparación previa por parte de los profesores y estudiantes.
- c) Tutorías. Es un método eficaz a condición de que el estudiante exprese sus dudas y tendencias. El tutor debe guiar y no dirigir.
- d) Demostraciones en salas y laboratorios. Permite el adiestramiento de los estudiantes en técnicas diversas y en la adquisición de experiencia personal.
 - e) Sesiones clínicas y clinicopatológicas.
- f) Simulaciones clínicas. Imitación por el estudiante de los síntomas y signos de las enfermedades.
- g). Investigación. Es un método muy bueno de aprendizaje, ya que el estudiante adquiere experiencia en el planteamiento de problemas, análisis de datos y síntesis de resultados.

EL GRUPO DOCENTE

En la moderna Medicina, la relación médico-enfermo se ve muchas veces sustituída por la relación enfermo-institución hospitalaria. De igual forma, el estudiante, con estructuras psicológicas en muchos aspectos comparables a las del enfermo, entabla relaciones docentes con la institución y no con un maestro determinado. El grupo docente sustituye a los profesores individuales,

los maestros enseñan a través del conjunto y no aisladamente, de igual forma que el médico actúa a través del grupo diagnósticoterapéutico. Es cierto, que en cada situación, el enfermo o el estudiante, encontrarán dentro del grupo al médico o al profesor que toma las decisiones personalmente. Pero esto no quita valor al interesante fenómeno actual del grupo docente, que tiene una extraordinaria eficacia pedagógica, entre otras, por las siguientes razones:

- a) El estudiante se incorpora inmediatamente a un conjunto en plena actividad profesional e intelectual, en el cual se establece una compleja interacción de todos sus componentes en función de condicionamientos múltiples: mutuo estímulo, cooperación, responsabilidad compartida, intencionalidad común, etc.
- b) Cada miembro del grupo, incluídos los conductores, está en continua fase formativa. Cada uno es maestro de los demás, maestro de sí mismo, y discípulo de cada componente del grupo. El estudiante se ve impulsado a tomar una actitud activa en su proceso de aprendizaje y de educación, al tiempo que se siente libre por poder elegir entre varias posibilidades.
- c) La calidad pedagógica del grupo deriva de la integración de las virtudes y defectos de los componentes, pero también de otras características que nada tienen que ver con peculiaridades de sus miembros y están en cambio en relación con la dinámica del grupo. Puede considerarse al grupo como un proceso en el que se producen continuas transformaciones dentro de un sistema equilibrado por la finalidad de una función.
- d) Existe en mayor o menor grado, una transferencia de actitudes emocionales entre los componentes del grupo que contribuyen también a la sensibilización afectiva del mismo y a una mayor capacidad de percepción de las realidades clínicas. Podría hablarse de una dramatización de vivencias y de conocimientos.
- e) Al convertirse en miembro y conductor del grupo docente, el profesor amplía y multiplica sus posibilidades didácticas, para lo cual debe establecer el clima apropiado y vigilar su permanencia.

INTEGRACIÓN DEL CURRÍCULUM

Parece que todos estos objetivos y tendencias de la Medicina actual, podrán ser mejor desarrollados cuanto más integrado sea el currículum, que, no obstante, ha de ser organizado para albergar, y en ocasiones reconciliar, intereses y tendencias contrapuestos, tanto más agudos cuanto más tiempo lleve establecida una Facultad. Todos los que se ocupan de los problemas de la Educación Médica, están de acuerdo en que, es precisamente en una Facultad que empieza, donde puede experimentarse mejor un nuevo currículum, aprovechando los momentos iniciales, ya que las oportunida-

des para el cambio disminuyen a medida que el tiempo pasa. Los cambios en el plan de estudios de una Facultad de Medicina tradicional, son siempre traumáticos, tanto más, cuanto mayor sea la radicalidad de dichos cambios. Por otra parte, hay una gran tendencia a volver a los cauces docentes habituales después de los primeros momentos, por lo que, en ocasiones, los deseos de innovación quedan sólo como una expresión literaria de propósitos. El cuerpo docente de la Facultad tiene que estar bien informado del alcance y naturaleza de la integración y debe tener la voluntad de realizarla.

La integración puede adoptar diversas formas: Una de ellas, la que se establece en las disciplinas básicas, se realiza a través de los llamados laboratorios multidisciplinarios, en los cuales, cada estudiante tiene asignado un puesto permanente, donde realiza los trabajos prácticos de todas las disciplinas (salvo la disección de Anatomía), siendo los profesores y tutores los que se desplazan a estos laboratorios, incluso para dar los seminarios y clases teóricas.

Otro tipo de integración es el que se hace, cada vez con mayor penetración, entre las disciplinas básicas y las clínicas. Los profesores de clínica participan activamente en las enseñanzas de Fisiología, Bioquímica, Farmacología, etc., y, a su vez, los de disciplinas básicas, colaboran en las enseñanzas de la Patología médica, de la Cirugía, de la Pediatría, Ginecología, etc. Esta integración horizontal a lo largo de todos los cursos de la carrera, es muy deseable por las grandes ventajas que supone, especialmente para el estudiante.

Un tercer tipo de integración consiste en la participación coordinada y previamente programada de diferentes Departamentos de la Facultad, para explicar un sistema ouparato tanto en la normalidad como en sus alteraciones patológicas. Bajo la dirección de la Comisión del Currículum o de un Departamento determinado, los diferentes profesores establecen un programa coordinado e integrado, tanto de lecciones magistrales, como de seminarios, coloquios, trabajos prácticos, etc., todo dentro del tiempo asignado durante el curso respectivo.

Parece que la mayoría de los objetivos finales y tendencias de la Medicina actual, pueden ser alcanzados más fácilmente con un currículum integrado, que con los que se apoyan en el sistema de bloques o de asignaturas independientes. Las ventajas del sistema, estriban fundamentalmente en:

- 1. Se da al estudiante una visión del hombre sano y enfermo más adecuada con la realidad de la unidad biológica que ha de encontrar en su práctica de médico general o como preparación de una formación postgraduada, especializada.
- 2. Se consigue realizar mejor el principio pedagógico de la motivación en el aprendizaje, al encontrar sentido a los conocimientos que adquiere, por estar inmediatamente relacionados con la utilidad profesional

de los mismos, y, por establecer con facilidad asociaciones de ideas y experiencias entre diferentes disciplinas.

- 3. Se evitan repeticiones inútiles, a veces contradictorias, de la información científica.
- 4. El profesor conoce en todo momento, por la programación previa, lo que el estudiante ha recibido de otros profesores, lo cual le permite profundizar en las materias propias de su competencia. El estudiante se beneficia de las enseñanzas dadas por personas con experiencia personal en cada campo.
- 5. La integración permite una mayor flexibilidad del currículum, que se va modificando según las experiencias obtenidas. Facilita los contactos intelectuales entre profesores de diversas disciplinas, lo que crea nuevos intereses y programas de colaboración e investigación.

Los inconvenientes de la integración, han sido también señalados:

- Para la Facultad, un currículum integrado es costoso, ya que exige un número grande de profesores, mucho mayor que los necesarios para los sistemas de asignaturas independientes.
- Los profesores ven disminuída la libertad que tenían en sus cátedras independientes, al tener que adaptar sus lecciones y el horario de las mismas a lo que disponga la Comisión del Currículum. Ante los estudiantes no ocupa el papel prominente y exclusivo al que estaba tradicionalmente acostumbrado. Tiene que trabajar más en reuniones de las Comisiones de Estu-

dio, que planifican y establecen los programas integrados, una tarea que, además de ser consumidora de mucho tiempo, es poco espectacular. Muchas veces el profesor piensa que su aparición en diferentes clases, incluso de cursos distintos, está conduciendo a la desintegración de su propia disciplina, aunque contribuya a la integración del currículum.

Algunos creen también que inevitablemente las enseñanzas dadas de esta manera son superficiales, ya que no hay tiempo para profundizar en las materias que en ocasiones son dadas en forma pre-digerida.

- Los estudiantes se quejan a veces del desfile variado de profesores con estilos y modalidades pedagógicas variadas.
- El principal inconveniente de un currículum integrado, es, o puede ser, el de su monotonía y rigidez, si no se dispone de las medidas necesarias para darle variedad y flexibilidad. Lo primero puede conseguirse con la introducción del tiempo libre, que consiste en que un día a la semana, el estudiante puede disponer como desee de dicho tiempo (estudio en la Biblioteca, autopsias, laboratorio, o, simplemente ocio). Otra forma de contrarrestar la rigidez, es la introducción de cursos optativos que permitan profundizar en una materia elegida por el propio estudiante, orientado por sus profesores y tutores. En algunas nuevas Facultades de Medicina, se ha llegado incluso a la introducción de dos planes de estudio o currículum que marchan paralelos. Uno de ellos básico y obligatorio para todos los estudiantes y el otro que permite la elección variada de temas, en los cuales puede profundizar y estudiar el alumno según sus posibilidades, su tiempo y su capacidad o rapidez en el aprendizaje.

Calendario Hospitalario 1973

MURAL — SOBREMESA — BOLSILLO

Para usted - Para sus amigos

Adquiera usted sus CALENDARIOS

EDITORIAL HOSPITALARIA Curia provincial, Hnos. de san Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
BARCELONA 17

EL ESTUDIO DE RECURSOS HUMANOS

NECESIDAD DE ESPECIALISTAS

Por el doctor VICENTE ROJO

Los países en desarrollo se enfrentan con un permanente desafío en el sector de salud, porque la promoción del desarrollo económico y social exige imperiosamente una cuantiosa inversión de recursos en aquel sector ante la mayor demanda de servicios sanitarios por la natural aspiración de la población y de los gobiernos a proteger el capital humano base del desarrollo. La enorme cuantía de dicha inversión exige que sea sólidamente justificada y prudentemente planificada tanto a corto como a largo plazo.

Mantener la salud de la población es cada vez más caro, pero hoy está claro el concepto de que es ésta una de las mejores inversiones ya que sólo con un alto nivel de salud se pueden enfrentar los pueblos a la difícil batalla de superar el subdesarrollo. De ese consenso se deriva el hecho de que los economistas ya no hablan de gasto en salud, sino de inversión en salud.

En nuestro país nos encontramos en un momento muy importante de su desarrollo y observamos con preocupación cómo esta planeación a corto, y también a largo plazo, se hace sobre datos incompletos y en forma fragmentada, si se tiene en cuenta nuestra tradicional organización sanitaria, multidependiente en materia administrativa.

No vamos a pretender en una presentación tan breve como ésta decir ni la primera ni la última palabra sobre lo que son las necesidades de personal médico dentro de un plan nacional de salud, pero sí vamos a presentar algunos hechos y algunas cifras que vayan sirviendo a la tarea de sensibilizar la opinión pública, y dentro de ésta, al propio cuerpo médico, sobre problemas que somos reacios a tocar, unas veces porque los consideramos demasiado complejos, otras, por el criterio erróneo de que la introducción de cambios radicales en nuestro modus vivendi profesional, cómodo y rentable a pesar de que por algunos se sostenga lo contrario, puede crear a la larga o a la corta problemas de ajuste que preferimos, en forma un poco egoísta, diferir o ignorar.

A veces, en este frenar consciente o inconsciente del progreso en la planificación de nuestro sistema de salud, nos mueven razones pueriles o nuestra tradicional soberbia, creyendo que el ponernos en estos momentos a planificarlo, significaría admitir que no lo teníamos planificado y esto podría parecer a los ojos de nuestros vecinos europeos un signo de atraso. Sin embargo cuando pensamos que países del mundo occidental tan desarrollados como Suecia e Inglaterra siguen aún estudiando y modificando sus sistemas de salud, tan recientemente planificados, nos queda la esperanza de que pronto la necesidad y la presión de la sociedad será tan imperiosa que nos veremos forzados a tomar unas medidas que no son nuevas, que ya se ensayaron en España cuando tuvimos Ministerio de Sanidad y que en líneas generales se enmarcan en dos grandes objetivos: La realización de un estudio de recursos humanos para la salud y un plan nacional de salud que contemple un cierto grado de regionalización hospita-

Para planear dentro de ese contexto, las necesidades en las distintas especialidades debemos sentar algunas premisas indispensables:

- 1.º Las necesidades en materia de especialistas no pueden estandarizarse ya que serán distintas para cada país, dependiendo de varios factores:
- a) Nivel del ingreso per cápita del cual dependerá el gasto en salud de cada individuo.
- b) Nivel de la demanda de servicios de salud, influido grandemente por el nivel cultural de la población.
- c) Tipo de distribución de la pirámide de población.
- d) Patología geográfica y análisis cuidadoso de las estadísticas de mortalidad y morbilidad del país o región a planificar.
- e) Niveles de atención médica que se contemplen en el sistema de salud.
- f) Estructuración o no de un sistema de responsabilidades definidas dentro de cada nivel.
- g) Recursos hospitalarios (número de camas por 1.000 habitantes).
 - h) Recursos médicos y para-médicos.
 - i) Recursos económicos.

- 2.º Las necesidades de especialistas son cambiantes dentro de un mismo país en períodos de tiempo relativamente breves y por ello si se hace una planificación a largo plazo debe contemplarse este hecho.
- 3.º La formación de especialistas guardará un equilibrio con las necsidades, aunque sin coartar el papel fundamental de la Universidad.
- 4.º La calificación de especialista debe darse con un criterio de seriedad que garantice la calidad de la formación, por lo que paralelamente a su contenido deberán diseñarse sistemas de acreditación y de calificación de nivel nacional.

Analicemos con mayor detalle cada uno de estos aspectos y el papel que juegan en el establecimiento de las necesidades de especialistas.

NIVEL DE INGRESO PER CAPITA Y GASTO EN SALUD

Es indudable que en la sociedad de consumo en que vivimos, paralelamente al incremento de los ingresos, van aumentando las aspiraciones y las exigencias del individuo y una de sus aspiraciones fundamentales es su salud. Ya no se conformará con la medicina-caridad, ni la medicina beneficencia y, aun recibiendo su derecho a la salud, como uno de tantos derechos humanos, como una prestación estatal, se exigirá cada vez más una alta calidad del servicio prestado, exigencia de calidad que ha llevado en muchos países a todos los problemas inherentes a las reclamaciones de tipo legal por fallas en la prestación de esos servicios y la conciencia cada vez mayor del individuo en cuanto a lo que debe y lo que puede exigir dentro de esa prestación, por la que directa o indirectamente paga.

Estos factores son a todas luces uno de los principales condicionantes de las necesidades de especialización y de especialistas ya que los avances científicos y tecnológicos hacen cada vez más difícil que un solo individuo pueda dominar con maestría varios campos del saber médico.

NIVEL DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

La mejor comprobación de que un servicio de salud es bueno es la proporción en que es usado por la población, asimismo, la precocidad con que es usado, lo que sirve además de índice del grado de cultura de un pueblo. Por otra parte la tendencia a que la Medicina sea cada vez más preventiva y menos curativa, hará que las consultas deban ser frecuentes y precoces para poder detectar la enfermedad antes de que aparezca.

TIPO DE DISTRIBUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

Es fundamental un profundo conocimiento demográfico dentro de la planeación de necesidades de especialistas. Una población con una alta tasa de natalidad, deberá tener un gran número de pedíatras y de obstetras. Una población con una expectancia de vida por encima de los 60 años deberá tener un gran número de especialistas en procesos crónicos (cardiólogos, neurólogos, geríatras, cancerólogos), por el contrario si las condiciones de salubridad del país son aún pobres, el énfasis de la inversión de salud deberá estar dirigido a los problemas de la infancia y las primeras décadas más que al cuidado del pequeño grupo de población de vida prolongada.

PATOLOGÍA GEOGRÁFICA Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Nos permitirá conocer con detalle las necesidades de especialistas de uno y otro tipo y los niveles de saturación de las distintas especialidades, evitando las distorsiones producidas por el auge temporal de ciertas especialidades y la necesaria disminución de otras. Así hemos visto especialidades como la venereología y tisiología en franca baja y el enorme incremento de ciertas especialidades quirúrgicas algunas de las cuales tienen una tendencia clara a la saturación (cardiovascular) y otras dada nuestra modalidad violenta de vivir en las ciudades como en las carreteras, en franco déficit (neuro-cirugía, traumatología, rehabilitación), mientras que otras se mantienen estacionarias (obstetricia).

NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE CONTEMPLAN EN EL SISTEMA DE SALUD

Es este quizás el factor más importante para condicionar el número de especialistas necesarios, más fácil de establecer aún si dentro del sistema de salud se contempla, como es lo más racional, un cierto grado de regionalización. Estableciendo a nivel regional los cuatro niveles clásicos de atención médica, incrementados a nivel nacional con un quinto nivel constituído por los Centros Nacionales de Consulta.

Estos cuatro niveles (rural, comarcal, distrital y de base para unas nomenclaturas o rural, local, regional y universitario para otras) tienen una gran interdependencia entre ellos y representan en un sentido la referencia de enfermos de acuerdo a su grado de complejidad y en el sentido contrario el papel de formación permanente, asesoría y supervisión, tan necesario para mantener un alto nivel de calidad en el sistema.

En el país existen ya hechos estudios muy interesantes, sobre regionalización enfocados más a nivel hospitalario y logístico que desde el punto de vista de necesidades de personal, pero éstas son muy fáciles de obtener cuando se tiene aquel planeamiento previo especialmente si dentro del mismo se ha especificado un:

SISTEMA DE RESPONSABILIDADES Y ESTRUCTURACIÓN BIEN DEFINIDA A CADA NIVEL

Con ello se obtiene de inmediato la visión de necesidades de personal hospitalario en todas las especialidades dentro da cada región, aumentando la complejidad de la organización hospitalaria y del contenido de especialidades según el nivel de atención, dejando las super-especialidades que no representan urgencias, limitadas al nivel base o universitario y a los grandes centros nacionales de consulta. Se sobreentiende que a todos los niveles debe existir paralelo con el montaje hospitalario otro similar para la atención ambulatoria, reforzada con la propia que realice cada hospital a nivel de sus policlínicas. Los otros factores condicionantes de las necesidades de especialistas, íntimamente ligados entre sí por lo cual los discutiremos simultánemente son los:

RECURSOS HOSPITALARIOS, MÉDICOS, PARA-MÉDICOS Y ECONÓMICOS

De todos ellos, aquel sobre el que se pueden establecer parámetros comparables con los de otros países y marcarse un objetivo a cumplir, es el número de hospitales expresados en camas por población. Las cifras recomendadas por la OMS son de 10 camas por 1.000 habitantes, expresadas en muchas estadísticas en la proporción de 100 por 10.000. Trasladadas estas cifras a los distintos niveles de atención tendremos que el Hospital base o Universitario, contará con unas 1.000 camas, el distrital o regional en las 400 a 500, el comarcal o regional alrededor de las 150 y por último los rurales o centros de salud, alrededor de las 20 a 50, pudiendo a este nivel establecerse enormes diferencias por existir a veces en zonas rurales, hospitales grandes que en ese caso sirven a varias zonas vecinas.

El volumen de personal médico y para-médico es ya un factor de mayor variación dependiente de la capacidad del país en cuanto a producción de médicos y especialistas y a sus capacidades económicas para pagarlos en forma adecuada. Con todo, y pensando siempre en niveles mínimos de acreditación, cada hospital deberá contar con un personal en cuyo detalle no entramos, por estar ampliamente publicado en trabajos recientes y conocidos de todos. Ese personal

no irá más allá del tipo de especialista primario para los hospitales de nivel regional y se extenderá a todas las especialidades y super-especialidades en los centros universitarios y en los nacionales de consulta.*

Estas necesidades que analizamos han suscitado estudios muy profundos y detallados que son hoy día clásicos de la literatura sobre planeación y organización hospitalaria. Son de ellos los más recientes los estudios de recursos humanos de Colombia, Chile y Argentina que han constituido la base para la planificación de sus sistemas de salud y de los cuales se pueden sacar enseñanzas muy valiosas para nosotros, especialmente si se tiene en cuenta que España, por su disposición geográfica radial y por el excelente sistema de autopistas en provecto y en uso, así como otras facilidades logísticas -centrales de ambulancias, helicópteros, etcétera- es un país que se presta en forma ideal al sistema de regionalización, especialmente si tenemos en cuenta las áreas de influencia a asignar a las distintas Facultades de Medicina, que serían las cabezas de los distintos sistemas regionales.

Para todos es muy fácil y cómoda la crítica no siempre constructiva de lo existente, a cuya estructura buena o mala se ha llegado por condicionamientos socio-políticos no siempre fáciles de controlar por los que los vivieron en los momentos y circunstancias en que fueron creados. Pero ya no es tan fácil aportar ideas y aceptar sacrificios que conduzcan a mejorar lo existente aunque en esa tarea todos tengamos que ceder posiciones, prebendas y hasta prestigio; pero el sacrificio se justificará si logramos una medicina española más moderna, más pujante y más en consonancia con los tiempos que vivimos.

Como final y resumen de nuestras necesidades en materia de especialidades me atrevería a señalar unos objetivos inmediatos y urgentes consistentes en:

- Un estudio de recursos físicos y humanos para la salud que permita la futura planeación.
- Una actualización de la ley de especialidades sobre la base de alguno de los numerosos proyectos y sugerencias elevados a las autoridades superiores.
- Una unificación si posible nacional, pero al menos regional de los servicios de salud y
- un sistema de acreditación de programas y de centros destinado a la formación de especialistas que ofrezca al consumidor de servicios de salud las garantías necesarias de una alta calidad y al profesional auténticamente especializado la seguridad de una competencia honesta, a través de una certificación intachable que no requiera más certificaciones ni oposiciones que la calidad respaldada por el diploma otorgado.

^{*} Ver publicación sobre Niveles de atención médica para un sistema de regionalización hospitalaria. Ministerio de Salud Pública de Colombia.

PREPARACION DEL NIÑO PARA LA HOSPITALIZACION Y LA INTERVENCION QUIRURGICA

Por FIDENCIA FOZ Asistente Social

PRESENTACIÓN

La primera parte de este trabajo es un resumen de las investigaciones y los trabajos más importantes que se han realizado en diversos países sobre el tema de los trastornos psicológicos de los niños hospitalizados y operados, y que han sido publicados hasta la fecha. Me he centrado en tres aspectos que, relacionados con la hospitalización, pueden producir trastornos emocionales en el niño: separación de la madre, introducción en un ambiente extraño e intervención quirúrgica. Si bien éstos no son los únicos problemas que se presentan, son quizás los más importantes.

La segunda parte es la exposición de una encuesta que realicé en los hospitales de Barcelona, dirigida a los cirujanos de infancia más representativos de cada servicio, para conocer su opinión respecto a una preparación psicológica del niño para las intervenciones quirúrgicas. En esta segunda parte me he centrado en el aspecto de la operación, debido a las limitaciones de tiempo y a las propias de este trabajo.

Creo que el tema es interesante para la asistente social que trabaje en un hospital infantil. De hecho, en algunos hospitales el asistente social se encarga de preparar a los niños y a sus familias para la hospitalización y la intervención quirúrgica; no ocurre así en otros lugares donde, o no se realiza esta preparación, o la lleva a cabo otro profesional. Sin embargo, el asistente social podría muy bien asumir este papel, ya de una forma directa, ya sensibilizando respecto al problema al equipo con el que trabaja.

Investigaciones y experiencias hasta el momento actual

Es a partir de 1940 cuando empiezan a aparecer estudios sobre los trastornos emocionales que pueden producir en los niños la hospitalización y la intervención quirúrgica: antes de esta fecha desconocemos si se había planteado el problema, ya que según parece se consideraba al niño enfermo igual que al paciente adulto.

En cambio, se habían preocupado de estudiar los problemas que presentaban los niños privados de sus madres en un hospital infantil: Guthrie, Pfanndler e Ibrahim en 1914-1918 fueron los primeros que se interesaron por este tema.

¹ Trabajo presentado para la obtención del título de Asistente Social en la Escuela de Asistentes Sociales de Barcelona (E. C. de E. S.) en junio de 1969 y publicado en *Revista de Trabajo Social* — *Revista de Treball Social*, abril 1971 (págs. 21-54).

Es, pues, a partir de entonces cuando los profesionales que tienen relación con el tema, empiezan a preocuparse y a estudiar la forma de atenuar estos trastornos emocionales y aun de evitarlos mediante una preparación adecuada. En la actualidad se da mucha importancia a este tema y son varios los autores que se han dedicado a estudiarlo. Una prueba de la popularidad de la idea de que la preparación psicológica es beneficiosa, son los numerosos folletos que editan los hospitales para preparar a los niños para la hospitalización.

Cuanto menor es el niño, más repercusión tienen en él los efectos de la hospitalización, la enfermedad y la operación, y más difícil es la preparación, ya que el niño todavía no puede comprender el significado que tienen. En el niño pequeño, además comporta la separación de

la madre que hasta el momento no se había realizado.

Nosotros nos hemos dedicado a estudiar este problema hasta la adolescencia, es decir, hasta los 11 ó 12 años.

Aunque se podían haber estudiado otros muchos puntos, hemos centrado el estudio en tres temas: a) Separación de la madre; b) Introducción en un ambiente extraño; c) Intervención quirúrgica.

SEPARACIÓN DE LA MADRE

Cuando el niño queda en su cuna del hospital manifiesta una reacción de profunda pena y tristeza, que puede durar horas o días, en los cuales llora, llama a su madre y rechaza cualquier otra atención.

El principal factor causal de los posibles trastornos psicológicos del niño en el hospital es la carencia afectiva. La ausencia completa de la madre y en particular su desaparición repentina, posee consecuencias graves y más marcadas cuanto más pequeño es el niño.

Al parecer son necesarias cinco condiciones para la aparición de los trastornos ligados a la carencia afectiva:

- 1.ª Que haya habido falta, carencia, frustración.
- 2.ª Que la carencia se haya referido sobre todo o exclusivamente a las necesidades afectivas del niño.
- 3.ª Que la madre sea responsable de esta insuficiencia o de esta privación.
- 4.ª Que ésta haya alcanzado al niño antes de los 3 años, raramente más tarde.
- 5.ª Que haya durado un tiempo suficiente, por lo menos varios meses.

Los trastornos que presentan los niños internados en las distintas instituciones son físicos y psíquicos y varían según la edad y la duración de la estancia.

SINTOMAS

Todos los autores están de acuerdo con Gesell y Amatruda en reconocer que antes del final del primer mes de separación, no se produce cambio alguno, sólo al final del primer trimestre se pueden observar los primeros síntomas anormales: disminución de interés y capacidad de reacción, defecto de integración en el comportamiento, inicio de retraso puesto de relieve por la disparidad entre la utilización de las posiciones tumbada y sentada, excesiva inquietud frente a los extraños.

INFLUENCIA DE LA EDAD

Aparentemente no se producen cambios en el niño ingresado en un establecimiento de las dos a las cuatro primeras semanas de la vida, pero a partir de esta fecha bastan a veces pocos días para que se presenten. El primer signo característico es la ausencia de sonrisa (Spitz y Wolf).

Los autores coinciden en reconocer que las más graves son las separaciones ocurridas durante los tres primeros años de la vida, en particular del sexto al decimoquinto mes. En general aquellos que hasta los seis o nueve meses tienen un vínculo afectivo armonioso con su madre son los que más sufren.

Los síntomas pueden presentarse también de los tres a los cinco años, pero como los niños ya no viven exclusivamente en el presente, no tienen ya la sensación de abandono que tenían los más pequeños y son capaces de imaginar vagamente el regreso de su madre. El desarrollo del lenguaje elemental también les permite mejores contactos. Los trastornos no se hacen graves y resultan raros después de los cinco años.²

Si pasado un tiempo, al encontrarse de nuevo con la madre este síndrome del niño desapareciera, se trataría de un mal menor. Se ha comprobado que puede dejar una huella indeleble en el cuerpo del niño y, sobre todo, en su psiguismo.

Spitz y Wolf pretenden que durante el primer año de la vida del niño, las relaciones con su madre no pueden descender más allá de cierto nivel cuantitativo, y también cualitativo, sin que el niño experimente un perjuicio irreparable.

Bakwin cita un caso asombroso de un niño que a los cuatro meses pesaba menos que al nacer. Había sido ingresado en un hospital a los dos meses.

Al reanudar el contacto con la madre puede no desarrollarse fácilmente. El niño puede mostrar su resentimiento mediante una reacción hostil, capaz de llegar hasta negarse a reconocerla. Si estas reacciones con la madre y contra los que le rodean son bien comprendidas, irán disminuyendo progresivamente, mientras que si son mal interpretadas, entonces se pone en marcha un círculo vicioso que refuerza las tendencias regresivas del niño, haciendo de él un neurótico incapaz de adaptarse al medio ambiente, de establecer lazos de afecto y amistad con los demás.³

INTERNAMIENTO DE LA MADRE CON EL HIJO

Respecto a esta cuestión se ha discutido mucho, y parece que los profesionales no llegan a un acuerdo sobre si es mejor o peor el ingreso de la madre con el niño. Ultimamente parece que hay una corriente favorable al ingreso de la madre. Parece que lo ideal es el ingreso de la madre con el niño, siempre que ambos mantengan una buena relación interpersonal.

El Dr. Cruz Hernández dice al respecto:

«Las ventajas del ingreso de la madre con el niño son: mantener la lactancia materna, evitar el trauma psíquico de la separación, con todos los trastornos ligados a la carencia afectiva, contribuir a los cuidados del niño como juegos, alimentación, conseguir ahorrar per-

³ M. Porot, *Ibid.*, pág. 78.

² M. Porot. *La familia y el niño*. Barcelona. Ed. Miracle. Págs. 77-78.

sonal, evitar intermediarios e infecciones, seguir colaborando como estímulo para el desarrollo psicomotor y en relación con la madre evitar su ansiedad...

Frente a estas ventajas hay también unos inconvenientes del ingreso de la madre, tales como la mayor carestía de la hospitalización, abandono de la familia. Actualmente pesan más las ventajas que los inconvenientes:

- es muy conveniente en los menores de tres a cinco años y en todos los enfermos graves.
- cuando ha pasado la gravedad o el niño se encuentra en franca convalecencia no suele ser necesaria ni pedida su estancia.
- se deben tener también en cuenta las necesidades del hogar y de los demás hijos.
- nunca es conveniente el ingreso de una madre neurótica, enferma o carente de las mínimas condiciones de higiene personal y cultura».⁴
- D. Mac Carthy, en un seminario sobre la hospitalización de los niños, dice:

«He aquí diez buenas razones para mantener a la madre con el niño cuando éste es hospitalizado (se trata de niños entre siete meses y cinco años; excepcionalmente esto es igualmente necesario para niños más pequeños o mayores):

- 1.ª Para evitar al niño que se atormente. La madre puede reconfortar al pequeño que sufre psíquicamente, ya que las enfermeras no tienen tiempo para ello.
- 2.ª El deseo que tiene la madre de estar cerca de su hijo cuando está enfermo. Cuando la madre no está presente y debe esperar en casa en un estado de incertidumbre hasta el momento en que se le devuelva a su hijo, se vuelve una madre hiper-ansiosa, llena de incertidumbres sobre el estado de su hijo e incapaz de comunicarle la seguridad que le hace falta.
- 3.ª Para evitar las secuelas de la ansiedad de separación y de la depresión. Una encuesta hecha en un hospital de Amsterdam mostró que en los casos en que la madre había acompañado al hijo, se daban un 7 % de traumatismos nerviosos, mientras que en los casos en los que la madre no había estado, éstos oscilaban de un 40 a 80 %, variando según la suceptibilidad del niño, la atención que le dedicaba la cuidadora, tipo de enfermedad, etc...
- 4.ª Para apresurar la curación y la salida del hospital. Aunque es difícil encontrar una prueba científica de que los cuidados maternos facilitan la recuperación.
- 5.ª Para disminuir el riesgo de super-infección. Las madres en residencia no son responsables de la intro-

⁴ CRUZ HERNÁNDEZ, El niño y el hospital. Discurso de apertura del Curso Académico Universitario de Sevilla, 1963.

ducción de enfermedades infecciosas o de la transmisión de un enfermo a otro.

- 6.ª Para la instrucción de la madre. Se ha reconocido después de mucho tiempo la necesidad de familiarizar a la madre con ciertas técnicas de tratamiento; la estancia en el hospital le da la confianza que precisa para hacerlo.
- 7.ª Por el ejemplo que da la madre. La madre en general sabe tratar mejor a su hijo que la enfermera; es ayudando a la madre como la enfermera ayudará mejor al niño.
- 8.ª Para observar las relaciones de la madre y el hijo. Cuando se ven juntos nos damos cuenta muchas veces de las indicaciones precisas en cuanto al origen neurótico de ciertas reacciones o desarreglos en apariencia orgánicos.
- 9.ª Para subvenir a los deseos de los niños con un handicap.
 - 10.ª Para permitir la continuación de la lactancia.5

Con estas diez razones Mac Carthy quiere demostrar la eficacia del ingreso de la madre con el niño.

El hospital Amersham, de Buckinghamshire, realizó la experiencia de ingresar a la madre con el niño, cuando estos tenían menos de cinco años. La experiencia duró 9 años. Los médicos encontraron que: los niños se recuperaban mucho antes, que las madres estaban encantadas y que los niños no tenían problemas afectivos a su regreso al hogar. Las madres les tomaban el pulso, la temperatura, les administraban medicamentos.⁶

PREPARACIÓN PARA LA SEPARACIÓN

En general la separación del niño de la madre es muy brutal. Una enfermera se lleva al niño y lo acuesta, cuando en realidad sería mucho mejor que lo hiciera la madre. El personal del hospital está poco preparado para explicar esta separación y el ingreso. Tendría que ser una A. S. quien introdujera a la familia y al niño en el hospital.⁷

Es necesario tranquilizar a la madre diciéndole que es muy natural que su niño llore cuando ella se va y que no debe evitarlo yéndose a hurtadillas, ya que la desilusión del niño es peor después, al comprobar que la madre se ha ido en secreto. La madre ha de decirle claramente que se ha de marchar y cuando va a estar de vuelta, haciéndole comprender que su partida no significa un abandono. Ha de asegurarle que sabrá encon-

⁵ D. Mac Carthy. «Les parents à l'hôpital», en J. Fabia, *Problèmes actuels de Pédiatrie*. París, 1963, págs., 191-203.

6 «L'admision des mères dans le hôpitaux d'enfants». Techniques hospitalières medico-sociales, núm. 200, mayo 1962, página 162

⁷ M. François. «Problèmes speciaux posées par l'hôpitalisation des enfants». *Techniques Hospitalières medico-sociales*, núm. 164, 1959, págs. 80-5.

trarle aunque no esté en su cama (por ejemplo en el salón de juegos), ya que muchos niños se aferran luego a la cama o al lugar donde su madre los ha dejado. A ser posible, pues, el niño ha de ir preparado siempre para esta separación y lo más importante es no engañarle nunca. Es muy importante también fomentar las visitas de la familia y no restringirlas.

INTRODUCCIÓN EN UN AMBIENTE EXTRAÑO

El niño al ser hospitalizado se encuentra que en el hospital todo le es extraño: desde el edificio, el personal, los instrumentos, hasta las ropas con que se le viste, etc. Se ha estudiado la importancia que puede tener esto en la vida del niño y para su posterior desarrollo y se han hecho varios estudios en este sentido.

PROBLEMA PSICOLÓGICO

Entre las hospitalizaciones de los niños y las de los adultos hay una gran diferencia; los primeros no solicitan directamente su hospitalización; no son conscientes de los motivos que la justifican a ojos de los médicos y de su familia. Pueden sentir la hospitalización más justificada como un abandono o un castigo.

En cuanto a los aspectos psicológicos de la hospitalización las opiniones están divididas. Mientras unos autores sostienen que la experiencia de la hospitalización del niño no influye necesariamente en su salud mental, no perjudicando ni alterando su bienestar emocional ni social, para otros la hospitalización puede ser una de las más tremendas experiencias de la infancia, con importantes y perjudiciales efectos posteriores, clamando contra la resistencia de algunos hospitales y médicos que al no dar importancia a la vertiente psíquica de la personalidad infantil y menospreciar la frecuencia de trastornos psicológicos por la estancia del niño en el hospital, impiden la puesta en marcha de aquellas medidas preventivas y curativas que evitarían la huella profunda de tales traumas y su repercusión peligrosa sobre el futuro bio-psico-social adulto a cuvos trastornos psicológicos se encuentra cada vez más su motivación en la edad infantil. (Dr. Cruz Hernández).

El Dr. Cruz Hernández dice: «Nosotros admitimos que la hospitalización realizada con arreglo a normas elementales, y una preparación adecuada, no crea problemas psicológicos ni durante la estancia en la clínica ni en su vida ulterior y muchas veces se observan, sobre todo en niños mayores, un sentimiento de confianza y agradecimiento hacia los médicos y enfermeras al comprobar el afecto y competencia con que son tratados».8

Desde el punto de vista psicológico, otros autores opinan que es preciso tratar de realizar las siguientes condiciones:

8 CRUZ HERNÁNDEZ, op. cit.

- que cada niño tenga una enfermera que se ocupe especialmente de él.
- que las horas de visitas se prolonguen y tengan lugar cada día.
- que el niño tenga una ocupación adecuada a su edad.
- que el niño y la madre estén suficientemente enterados de las dificultades que comporta la hospitalización.

Al ser llevado al hospital el niño se encuentra con enfermeras y personal más dispuesto a hacer cumplir la rutina del hospital que a preocuparse de él y de su problema como unidad psíquica. Se le viste con ropas que no son las suyas, lo acuestan unas manos extrañas en una cama que no es la suya y en un lugar extraño. Queda desvinculado de las cosas y seres habituales y queridos. Si quiere descargar su ansiedad se le hace callar, obligándole a reprimir toda manifestación de angustia o miedo, lo que hace que éstos aumenten.

La aversión de los padres a la hospitalización del niño es aún un fuerte obstáculo, encontrando su origen en causas tan diversas como el temor a una mala asistencia, a enfermedades contraidas en el hospital o a dejar solo al niño... Si los padres sienten aversión hacia la hospitalización se la comunicarán de una forma u otra al niño aumentando de esta forma el temor que por sí solo ya tiene. De la forma como se ha producido el ingreso dependen en gran medida las reacciones del niño en la sala. Un ingreso intempestivo, con engaños, sin una clara y real explicación de su significado, con actitudes bruscas por parte del médico, enfermeras, padres, etc., determinan indudablemente un estado reactivo de ansiedad intensa.⁹

PREPARACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN

Antes del ingreso del niño en el hospital ha de realizarse una preparación por parte de sus padres adecuada a su capacidad de comprensión y todo lo veraz que sea posible. Tal preparación no ha de hacerse con demasiada antelación respecto al ingreso, y debe verse libre de cualquier promesa irrealizable.

Hacer que el niño comprenda tres cosas:

- que continuará siendo querido,
- que la enfermedad y la hospitalización no significan ninguna clase de castigo,
- se le ha de explicar también que después se sentirá mejor.

Se ha de asegurar también al niño que después regresará a su casa. Más o menos todas las personas que se

⁹ T. Reca y col. *Problemas psicopatológicos en Pediatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1964, pág. 361.

han pronunciado a favor de una preparación anterior al ingreso, siguen la línea que acabamos de describir. Veamos algunas de ellas.

En 1957-58 el Ministerio de Sanidad del Reino Unido encargó a una comisión un estudio sobre «la situación de los niños hospitalizados». La Comisión estaba presidida por Sir Harry Platt, presidente del Colegio de Cirujanos. El informe se conoce con el nombre de «Platt Report». En sus recomendaciones finales se hace referencia a la preparación de los niños para la hospitalización:

«El riesgo a la alteración emocional del niño puede ser reducido mediante una preparación adecuada. Esto puede conseguirse mediante una mejor comprensión de la sociedad respecto al papel del hospital, mediante explicaciones del médico de cabecera y mediante unos procedimientos adecuados de admisión.

Estos procedimientos deben incluir:

- Explicación del doctor a la familia acerca de las causas de ingreso.
- Entrevista con una persona preparada para comprender los diferentes aspectos del ingreso.
- Folletos y cartas adecuados dirigidos a los padres.

Son también útiles charlas de grupos de padres con la enfermera jefe de la sala. La información dada al niño debe depender de su edad, pero nunca nadie debe referirse al hospital como una amenaza, un castigo o una promesa.

El Dr. Cruz Hernández dice: «El niño mayorcito ha de ser vacunado contra las posibles acciones perjudiciales del hospital sobre su psiquismo con una conveniente preparación. Forma parte de la cultura general inculcar al niño conceptos claros sobre la significación de la enfermedad, del pedíatra y del hospital, evitando el error tan frecuente en todas las clases sociales de considerarlos como un castigo, por lo cual se producen reacciones psicológicas, a veces serias, especialmente en relación con el significado de la enfermedad.

Muchos niños a partir de los cuatro años están en condiciones de recibir una explicación satisfactoria sobre qué es un hospital, qué les van a hacer allí y por qué tienen que estar en él. (Aunque la explicación no sea muy correcta siempre es preferible a llevarlos engañados).

En el momento del ingreso es aconsejable que los padres acompañen al niño hasta su cuna y ayuden en los primeros cuidados de cambiarle de ropa, bañarle, etcétera. El llanto inicial no ha de ser sofocado inmediatamente y de forma impulsiva. Es conveniente conservar alguna ropa y juguete propio. En algunos casos en que sea de temer una mala adaptación al hospital se pueden administrar unos días antes algunos psicofármacos.

Según Gofman y colaboradores la mayor parte de los niños que presentan tras la hospitalización trastor-

nos psicológicos, no habían sido preparados para ella».10

Emma Plank, acerca de la hospitalización de los niños, aconseja: «No debe engañarse nunca a un niño que ingrese en un hospital, sino que éste debe saber cuanto sea posible acerca de su situación y la *madre* es la persona clave para prepararlo. Cuando el niño llega al hospital el personal debe tener conocimiento de las relaciones de los padres y el niño...

Los niños tienden a interpretar la hospitalización como un castigo. Con los adolescentes es necesario que el mismo médico tenga una parte activa en la preparación, conversando con el niño solo, a fin de obtener su coperación en la hospitalización».¹¹

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROBLEMA PSICOLÓGICO

El niño ante una intervención quirúrgica desarrolla una serie de miedos y fantasías, muchas veces producidos por una falsa información acerca de la operación, o porque se le ha llevado engañado a la intervención.

El desarrollo emocional del niño, o sea la capacidad de manejar sus reacciones es incompleto; el «yo» no ha adquirido todavía un control estable de la realidad. Por consiguiente el acto quirúrgico en el niño va siempre acompañado de un stress psíquico, aunque éste o sus efectos puedan no ser visibles durante algún tiempo después de la operación.

El dolor y el malestar que siente al despertar de su anestesia aumentan el miedo, no sabe exactamente qué le sucede y teme que la operación le haya causado algún mal que le hará diferente a los demás niños. En consecuencia se producen alteraciones de conducta, reacciones emocionales y cambios de carácter que pueden producir serias dificultades en la vida futura del niño.

Generalmente el niño considera haber sufrido tal experiencia como castigo. Cuando no puede exteriorizar verbalmente sus temores, fantasías, etc., frente a un oyente amable que no se burle de sus ideas, sino que por el contrario las discuta con él inteligentemente, su aprensión aumenta hasta el punto de llenar la mayor parte de su vida consciente. Las reacciones biológicas a esta situación serán las comunes a un ataque. Puede enojarse o intentar herir a las personas responsables de su miedo, expresando este enojo verbal o físicamente; o por medio del juego simbólico: ser él quien opera a otro niño, etc.¹²

Según Levy: «Considerada en sus aspectos más temibles la operación significa un dolor infligido por personas ajenas, en un lugar extraño, después de imponer por la fuerza la separación de un niño del ambiente familiar y de la protección materna, base principal de

¹⁰ CRUZ HERNÁNDEZ, op. cit.

¹¹ E. Plank. El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital. Buenos Aires, Paidos, 1966, pág. 14.

¹² T. RECA. Op. cit., págs. 200-6.

seguridad. La reacción emocional provocada por este conjunto de hechos y manifestada en su más amplia expresión crearía el temor a todas las personas extrañas, a todos los lugares que no fueran el hogar familiar y a todos los posibles dolores y lanzaría al niño a refugiarse desesperadamente en la persona de la madre».¹³

Lec Kanner afirma: «Las operaciones practicadas a niños de dos a tres años son particularmente productoras de intensas ansiedades postoperatorias. Los terrores nocturnos y los miedos son las secuelas más frecuentes.

Es notorio que las operaciones practicadas con anestesia de éter provocan muchos estados de ansiedad en los niños.

En la actualidad tienen lugar muchas operaciones, a juicio de algunos médicos innecesarias, lo que demuestra que éstas dependen mucho de la apreciación subjetiva de los profesionales. Todas estas operaciones innecesarias, deberían ser omtidas por razones profilácticas, o postergadas hasta la edad de los tres años o más, cuando los niños pueden dominar mejor su ansiedad».¹⁴

I. Alex Haller 15 opina que una intervención quirúrgica satisfactoria comprende algo más que la simple corrección de una anormalidad. Para tener éxito completo es necesario devolver a su casa un niño que ha salido emocionalmente no dañado por su estancia en el hospital... Una operación lleva consigo la difícil responsabilidad adicional de ser convertida en una experiencia digna de ser vivida. Una operación puede ser mirada como una aventura, y una aventura significa mucho para un niño. Saben que cualquier aventura tiene aspectos de todas clases, no todo es agradable. Una aventura incluye penalidades y sufrimientos, incluso para el héroe. Pero básicamente el bueno siempre gana... La experiencia de un niño en el hospital tiene exactamente el mismo potencial; habrá penalidades y sufrimientos, pero como el héroe de la aventura el niño volverá sano a casa, preparado para enfrentarse con otros episodios excitantes».16

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

En general los autores sugieren que al niño que va a ser operado se le explique lo que le va a suceder, por qué sucederá y que esto sea hecho de un modo simple, franco y tranquilizador y a un nivel adecuado al desarrollo emocional del niño.

En 1965 apareció una obra en inglés resumiendo la literatura existente sobre los problemas psicológicos de la hospitalización de los niños.¹⁷ Creemos que posterior-

¹³ Citado en L. Kanner. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires. Paidos, 1966, pág. 71.

14 L. KANNER. Ibid.

¹⁵ Cirujano de niños y profesor de Cirugía de The Johns Hopkins Hospital (Baltimore).

¹⁶ J. ALEX HALLER (Ed.) The Hospitalized Child and His Family. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967, pág. 20.

mente no ha aparecido otra obra similar a ésta en lengua inglesa, ni conocemos ninguna obra parecida en castellano o francés, por lo que nos apoyamos en ella considerándola el resumen último más exhaustivo sobre la materia.

Las discusiones sobre la preparación psicológica se han centrado en tres temas principales: *a)* información suministrada al niño; *b)* promover la expresión emocional; *c)* establecer relaciones de confianza con el hospital por medio de la preparación psicológica.

Una respuesta frecuentemente mencionada del niño hospitalizado en el caso de una preparación inadecuada, es el desarrollo de una desconfianza hacia sus propios padres, hacia las personas relacionadas con hospitales y hacia los adultos en general. (Se citan los estudios realizados por: Faust, 1953; Forsyth, 1934; Huschks y Ogten, 1938; Sexton, 1960 y muchos otros).

En cuanto a los supuestos beneficios de la información, dos aspectos son evidentes: *a)* que las amenazas vagas, no definidas son más perturbadoras que las amenazas comprendidas y conocidas y *b)* que un stress inesperado es más perturbador que un stress esperado.

Levy con respecto a la preparación del niño (1945) dice: «El sentimiento de que algo es explicado, incluso si la explicación no es exacta, alivia la tensión». Robertson (1951) recomienda que se diga a los niños que van a ser hospitalizados por qué van a serlo y dice: «Los niños pequeños desarrollan extrañas ideas acerca de las razones de las cosas. No es raro que cuando van al hospital sientan que son castigados o enviados porque han sido malos y si no se les cuenta la verdad ésta es la razón atemorizadora que probablemente inventen...».¹⁸

Algunos autores han sugerido que la preparación psicológica incluya medios de interesar al niño de una forma activa por medio de ayudarle a actuar (Actingout) dibujar o describir las situaciones que van a experimentar. Una posible ventaja de este procedimiento reside en el hecho de que permite al niño expresar sus miedos y preocupaciones y por tanto controlarlos.

Además se ha sugerido que la preparación psicológica por el personal del hospital puede ser efectiva ya que proporciona la oportunidad de que el niño establezca confianza en aquellos miembros de la plantilla que intervienen en su tratamiento.

Respecto al tiempo de la preparación, Anna Freud (1952) indicó que si la preparación empieza demasiado pronto, permite demasiado tiempo para las fantasías y si empieza demasiado tarde, el niño no tiene tiempo suficiente para preparar sus defensas.¹⁹

Dimock (1960) dice que una preparación que empieza demasiado pronto puede producir temores indebidos; recomienda que la preparación empiece de una a tres semanas antes de la operación.

Hay también diferencias de opinión respecto a quién

DAVID T. A. VERNON y otros. The Psychological Responses of Children to Hospitalization and Illness. Springfield, Charles G. Thomas, 1965.

¹⁸ VERNON, Ibid., págs. 9-10.

¹⁹ VERNON, Ibid., pág. 12.

debe preparar a los niños para la hospitalización u operación. Robertson y el Informe Platt propusieron que la preparación es más efectiva cuando quien informa es la madre del niño quizás porque el niño confía en ella y porque a ella le es más fácil comunicarse con su hijo... Sin embargo otros autores expresan reservas de esto, ya que los padres del niño pueden no poseer suficiente información para preparar al niño adecuadamente. Las actitudes de los padres o su ansiedad, pueden distorsionar la preparación (Rineman, 1958).²⁰

Plank aboga por un enfoque que combine los esfuerzos de una variedad de gente. En esencia sugiere que la preparación para la operación la inicien los padres y el médico de la familia antes de la admisión en el hospital, que la continúe el cirujano y el anestesista y que la concluya el personal del hospital que tiene más contacto con el niño.

Existen diferencias de opinión, respecto a la edad precisa por debajo de la cual, la preparación es inefectiva.²¹ Robertson sugirió que la efectividad de la preparación disminuye con edades por debajo de los ocho o diez años... El límite más bajo, por debajo del cual parece ineficaz una preparación, ha sido fijado en tres años por James (1959) y Swith (1961), en cuatro años por el informe Platt (1959), Schuster (1951) y Jackson (1952) y en cinco años por Swift (1959).²²

Thesi Bergmann que durante años se ha dedicado a atender los problemes psicológicos de los niños en el hospital de Cleveland, dice: ²³

«En un pasado no demasiado distante, los niños de todas las edades eran llevados a la sala de operaciones, sin saber lo que iba a ocurrirles. Se creía que era mejor no excitar su miedo de antemano, no discutir la experiencia, pues se esperaba que ésta se olvidaría pronto, pero se demostró que a menudo era traumática y tenía consecuencias duraderas.

Recientemente se ha establecido como derecho de todos los niños el que sean preparados para el acontecimiento y que el deber de hacerlo sea compartido entre los padres, los médicos y el personal del hospital.

Cualquier intervención quirúrgica anunciada de antemano suscita en el paciente una anticipación consciente y legítima de dolor, molestias, privaciones, y a menudo mutilación. Aunque es difícil para cualquiera enfrentarse con todo ello, los niños a causa de su conocimiento limitado de las realidades, se ahorran quizás algunos aspectos de la situación, pero por otra parte, son más fácilmente desbordados por los acontecimientos ya que toleran menos las frustraciones, están menos preparados para enfrentarse con situaciones difíciles y su equilibrio emocional, lejos de ser estable, se ve alterado por cualquier aumento de su ansiedad.

Idealmente para preparar adecuadamente para la operación la persona responsable debería poseer mucha información sobre cada niño... Sólo cuando pueden ser combinadas la realidad externa y la interna en interacción, puede predecirse aproximadamente cómo el niño traducirá a experiencias emocionales acontecimientos tales como la anestesia, el dolor, la inmovilización, etc....

La preparación es posible sólo con niños en edades en que la comunicación verbal ha sido ya establecida. No existe un método paralelo que pueda usarse en las fases preverbales. Una forma adecuada de ayuda en el caso de niños pequeños (hasta 1 año aproximadamente) es guiar a la madre, por ejemplo, por medio de la misma combinación de la explicación de los hechos, corrección de malas interpretaciones, fantasías, con honradez y tranquilizándola.

El grupo más perjudicado es el de los niños comprendidos entre un año y dos y medio o tres, que están en la peor de las situaciones. Sus madres ya no pueden protegerlos completamente, pero son demasiado pequeños para captar con su propia razón lo que está sucediendo; no pueden ni expresar verbalmente sus sentimientos, ni comprender explicaciones.»

J. Alex Haller ²⁴ se dedica a estudiar la preparación del niño para la operación.

Dice que ciertamente las primeras influencias vienen de los padres. Para que esta influencia pueda ser útil, primeramente los padres deben conocer los hechos relacionados con la hospitalización del niño. Esta información debe ser precisa y exacta en detalle. A menudo los padres intentan preparar a los hijos para la hospitalización dándoles una información falseada, o bien mostrando unas ansiedades no fundadas...

El tiempo de la preparación es importante. Nadie sabe con exactitud cuándo debe explicársele al niño, pero ciertas normas son útiles. La duración de la atención de un niño pequeño es corta. No es capaz de retener este tipo de información más que unos días. En general cuanto más pequeño es el niño, más corto ha de ser el tiempo de preparación.

La orientación de los niños puede conseguirse de distintas maneras. Es a menudo útil leerle sobre otros niños que han estado en el hospital. A los niños les gusta escuchar historias y les es fácil imaginarse a ellos mismos dentro de una de estas historias. Jugar a hacer teatro representando la experiencia del hospital, ofrece una oportunidad de sentir una experiencia antes de que realmente ocurra.

Explica a continuación lo importante que es que la familia participe en la preparación del niño en el sentido de decirle, por ejemplo, que va a ver poco a su padre y hermanos mientras esté en el hospital, pero que su familia estará pensando en él.

²⁰ VERNON, Ibid., pág. 12.

²¹ E. PLANK, Op. cit.

²² Vernon, Op. cit., pág. 13.

²³ THESI BERGMANN (en colaboración con Anna Freud). Children in the Hospital. New York, International University Press, 1965.

²⁴ HALLER, Op. cit., pág. 20.

Antes de la operación debe familiarizarse al niño con los vestidos, máscaras, etc. usados por los cirujanos. También debe conocer la habitación de cuidados intensivos para que cuando despierte en ella no se quede aterrorizado al verse allí.

Respecto al cirujano dice que es de gran valor que explique al niño cómo va a sentirse después de la operación. El papel inicial del cirujano es presentar con realismo a los padres los hechos de la hospitalización. Así ellos pueden orientar al niño.

Estado del problema en los hospitales de Barcelona

Para conocer el estado del problema en los hospitales de Barcelona, he realizado nueve entrevistas con nueve cirujanos de nueve diferentes hospitales. Creemos que los cirujanos elegidos son representativos, ya que en su mayor parte son jefes de servicio. Por su opinión y su forma de enfocar el problema, se supone que influyen en el hospital o servicio en el que trabajan.

IMPRESIÓN GENERAL

Todos los médicos entrevistados han demostrado gran interés por la cuestión de la preparación psicológica de los niños ante una operación. Ningún cirujano al que se le ha pedido la entrevista, se ha negado a concederla.

Por ser los cirujanos personas extremadamente ocupadas, ha resultado muy difícil poderles localizar y poder realizar la entrevista; a pesar de esto, todos han colaborado cuanto han podido, recomendándome a otras personas y citándome la bibliografía que conocían sobre el tema. La mayor parte de ellos se había preocupado por el problema y por la conveniencia de poner en práctica dicha preparación.

Un cirujano nos dijo que no había pensado nunca que una operación pudiera comportar tantos problemas para el niño; a pesar de esto, él les preparaba, pero que a partir de nuestra entrevista se dedicaría a realizar una encuesta sobre los problemas que presentaban los niños que pasaban por su consultorio.

En general se ve que los programas de preparación de todos ellos están poco estructurados; hay una gran parte de improvisación según el momento y tipo de paciente.

Parece también que falta la participación en equipo (que tanto recomiendan los estudios sobre el tema), va que en los casos de médicos que preparan a los niños para la operación, lo hacen solos, sin la ayuda o colaboración de las otras personas que intervienen en el tratamiento.

ENCUESTA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

- 1. CONOCIMIENTO DE LA OBRA:
 - 1.1 Tipo de servicios:
 - Cirugía menor
 - Cirugía mayor
 - 1.2 Capacidad:

- 2.1 Promedio mensual de niños operados:
 - 2.2 Promedio mensual de niños hospitalizados (por ingresos médicos y quirúrgicos).
 - 2.3 Forma de ingreso de los quirúrgicos:
 - por urgencias
 - acordado de antemano.
- 3. Promedio de días de estancia:
 - antes de la operación
 - después de la operación.
- 4. ¿SE QUEDAN LAS MADRES CON LOS NIÑOS?

Sí Si es Sí en qué casos: Si es NO ¿por qué? No

- depende de la gravedad de la operación...
- del estado del niño...
- de su edad...
- otras causas...
- por falta de sitio...
- porque no les parece adecuado...
- otros motivos...

NOMBRE DEL MÉDICO:

- Cómo y cuándo se entera el niño de que va a ser operado:
 - a) se entera:
 - b) se le dice que va a ser operado
 - c) preparación estructurada
 - quién se lo dice
 - en qué momento
 - cuántos días antes.
- Preparación del niño que va a ser operado:

SI EMPLEA ALGÚN

PROCEDIMIENTO

- ¿Cuál?
- ¿Quiénes intervienen?
- ¿Han hecho algún estudio con motivo de esto?
- ¿De quién nació la idea?

SI NO EMPLEA NINGUNO

- ¿Por qué?:
- falta de tiempo...
- poco personal...
- creen que no es necesa-
- no se lo han planteado...
- creen que puede ser perjudicial...
- otros motivos...
- Cree adecuada la preparación que los padres realizan sin estar ellos preparados.
- Si estuvieran preparados.

- Repercusión que puede tener en el niño que va a ser operado el hecho de que en nuestra sociedad se haya empleado «a los médicos», «inyecciones» como amenazas.
- Problemas psicológicos que presenta el niño (que hayan observado y que parezcan relacionados con la operación: miedo, ansiedad, inhibición, etc.).
 - antes de la operación.
 - después de la operación.

RESUMEN DE LAS ENTREVISTAS (1ª PARTE)

1. Los hospitales o servicios que se han visitado son:

HOSPITALES INFANTILES

- Hospital infantil de la Seguridad Social
- Hospital del Niño Dios
- Hospital de Niños de Barcelona
- Hospital de san Juan de Dios
- Hospital de san Rafael

HOSPITALES CON SALAS DE INFANCIA

- Hospital Clínico
- Hospital de la Santa Cruz y san Pablo
- Hospital de la Cruz Roja

CLÍNICA PARTICULAR

- Clínica Pediátrica Teknon

El Hospital de Nuestra Señora del Mar (infecciosos) no se ha visitado, ya que el volumen de niños operados en él es muy pequeño. Uno de los cirujanos entrevistados en otro centro presta, además, allí sus servicios. Ha sido él quien nos ha dado esta información.

Se ha visitado solamente una clínica particular, ya que es la única existente en nuestra ciudad especializada en infancia, y en las clínicas generales los niños operados son muy pocos en relación con los hospitales propiamente infantiles y las salas especializadas de los hospitales generales.

2. Los profesionales entrevistados han sido:

— Cirujanos generales				5
- Cirujanos ortopédico	os .			3
- Cirujanos oftálmicos	s			1

Creemos que la especialidad es de importancia, ya que sus opiniones —muy diversas— van de acuerdo con el tipo de cirugía que realizan.

3. Tipo de servicios:

Todos los hospitales visitados realizan cirugía mayor y menor.

4. El promedio de días de estancia es:

ANTES DE LA OPERACIÓN:

unas horas							1	
un día							2	
dos o tres días							1	
no responden a	la	pre	egu	nta			4	

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN:

de cuatro a cinco días			1
de ocho a diez			1
depende de la especialidad			3
no responden a esta pregunta			3

La estancia después de la operación, depende de la especialidad, por lo que es muy difícil precisar, excepto en aquellos lugares en que las operaciones son similares.

5. ¿Se quedan las madres con los niños?

- SÍ (siem	pre)							3
— Sólo la (según la	prime	ra	noc	che				4
-NO .								1
- No se ti	ienen	da	itos					1

Existe en la actualidad una marcada tendencia a que la madre se pueda quedar con el niño. En los lugares en los que esto no se lleva a cabo es por falta de sitio, pero se está haciendo presión por parte del personal médico para buscar soluciones a este problema.

En general aceptan siempre a las madres en caso de niños muy pequeños, lactantes y cuando por causas sociales es necesario.

(2.ª PARTE)

1. Cómo se entera el niño de que va a ser operado

La forma en que se entera el niño de que va a ser operado es muy importante para su posterior recuperación y situación psicológica. La forma de conocerlo, según responden los entrevistados es:

Los que han contestado que el niño se entera por la conversación del médico con los padres, especifican que en algunos casos y, sobre todo, con niños mayores (once años o más) en el momento de tener que decidir la operación se lo dicen directamente al niño en lugar de a los padres.

2. Quién se lo dice

(Se supone que en caso de que el niño se entere por la conversación del médico con los padres, son éstos quienes luego se lo comentan al niño).

— el médico						2
— los padres				74		5
— ambos .						1
- enfermera.						1 26

²⁵ Al decírselo emplea una preparación más o menos pensada, por lo que lo incluiremos en este grupo.

²⁶ Lo hace uno en caso de que no lo hagan los otros. El último recurso es el anestesista, que lo hace en el momento de la operación.

3. En qué momento se lo dicen

— un tiempo bastante largo, a veces mes	ses	
antes		1 2
- en el momento de decidirlo		4
— quince días antes de la operación .		1
— uno o dos días antes de la operación		
— cuando entra al quirófano		1

4. Motivo por el que no emplean ningún procedimiento

De los cirujanos entrevistados, cinco han respondido que no emplean ningún procedimiento para preparar a los niños para la operación. El motivo es el siguiente:

— Creen que no es necesario.			2
— Falta de tiempo y de personal			2
- No ve muy claro el que se	tenga	que	
hacer dicha preparación .			1

5. Preparación para la operación

- a) Cuatro cirujanos han respondido que emplean una preparación para el niño que será operado. El procedimiento empleado varía sensiblemente de uno a otro:
 - Les hacen una clara, sencilla y concreta explicación de lo que les van a hacer. Lo más importante, opinan, es que se les diga siempre la verdad, es decir, cuando les van a hacer daño y cuando no sentirán nada. Procuran que el niño confíe en ellos y, sobre todo, que no vaya engañado a la operación por los padres o con extrañas ideas acerca del significado de las cosas e instrumentos usados corrientemente en medicina (invecciones, máscaras, etc...) Uno de ellos (oftalmólogo), opina que en su especialidad al niño le es muy fácil comprender el significado y la necesidad de la operación, ya que la mayoría de los niños que opera son estrábicos y en general desean resolver su problema. El no emplea la preparación en niños de edades inferiores a los siete años.
 - (Cirugía ortopédica). Como en general las operaciones que él realiza no son «vitales», ni en situaciones de emergencia, hace que los niños las acepten. Les hace conscientes de la mejora que pueda representar para ellos aquella intervención. Les explica el mecanismo de la operación de una forma sencilla, y de acuerdo con su edad. Una vez han entendido qué es lo que significa para ellos la operación, les pregunta si la aceptan. Si responden afirmativamente les hace escoger a ellos la

- b) En la preparación para la operación intervienen:
- c) Estudios que se han realizado en relación con este problema:
 - Sólo un cirujano de los entrevistados ha realizado un estudio sobre el tema de la psicología de los niños intervenidos quirúrgicamente.²⁸
- d) La idea de que la preparación psicológica es beneficiosa ha surgido:
 - De ellos mismos; siempre han pensado que se tenía que preparar a los niños para la operación.
 No contesta la pregunta

6. Preparación que pueden hacer los padres sin estar preparados

De hecho en nuestra sociedad muchos padres no están en condiciones de preparar a sus hijos para una operación, ya que ellos no están tampoco suficientemente preparados ni comprenden el verdadero significado de la operación. Los cirujanos entrevistados opinan al respecto:

fecha, de acuerdo con lo que más le convenga según sus exámenes, vacaciones, etcétera. (Casos de niños muy estudiosos que eligen la operación en época de vacaciones, mientras que los niños más pequeños o aquellos a los que no les gusta la escuela la eligen en período escolar). Si la respuesta es negativa, no les opera hasta que se decidan por sí solos a ser operados. Nunca deja intervenir a los padres en el sentido de forzar al niño para que acepte la operación. (Llegó a suspender la operación de una niña de once años, cuando ya estaba en el quirófano, porque se dio cuenta de que no había sido convencida por sí misma; al cabo de un mes esta misma niña fue a pedirle que la operara).

²⁷ El cirujano le pide al niño que piense si quiere la operación (cirugía ortopédica).

²⁸ Situación psicológica de los niños con un handicap. Se trata de un estudio no publicado que llevaron a cabo el Dr. J. M. Cañadell, la Dra. E. Torras y la asistente social R. Gamboa.

SI ESTUVIERAN PREPARADOS:

- Sería preferible que lo hiciesen los padres en lugar del médico, ya que es en ellos en quien el niño tiene más confianza... 5
- 7. Empleo de los «médicos», «inyecciones», etc., como amenazas

Con gran frecuencia, cuando los padres quieren hacer obedecer a los niños, les amenazan con «inyecciones» y otros procedimientos empleados en medicina. Esto puede tener repercusión en el niño que va a ser operado, ya que contribuye a formar una conciencia errónea acerca del motivo por el cual tiene que ser operado y puede crear en él sentimientos de culpabilidad.

En relación con esta pregunta todos los cirujanos entrevistados coinciden en afirmar:

- Muy perjudicial.
 - «Es una deformación de la idea. Forman en los niños una serie de tabús y prejuicios acerca de ideas normales, lo que hace que el niño sienta realmente el tratamiento médico como un castigo». «A partir de aquel momento el médico es un enemigo. Crean en el niño una conciencia falsa de la misión del médico».
 - «Muchos niños vienen ya asustados, y en general marchan aliviados».
- 8. Problemas psicológicos que han observado en los niños, que les parecen relacionados con la operación:

ANTES DE LA OPERACIÓN:

— Ninguno	4 29
- Miedo, ansiedad, temor a lo desconocido.	4
— Complejo a causa de su defecto 30	1

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN:

- Ningun	0										4
- Miedo,	ter	ror	,]	lanto) C	ont	in	10			5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

SEPARACIÓN DE LA MADRE

Los autores estudiados coinciden en afirmar:

- El principal factor causal de los posibles trastornos psicológicos del niño en el Hospital es la carencia afectiva.
- ²⁹ Uno especifica que los niños que él opera son muy pequeños para darse cuenta; cree que si fuesen mayores existirían problemas.
 - 30 Estrabismo.

- Antes del final del primer mes de separación de la madre o figura materna, no se produce cambio alguno; sólo al final del primer trimestre se pueden observar los primeros síntomas anormales.
- Las más graves son las separaciones ocurridas durante los tres primeros años de la vida, en particular entre el sexto y el decimoquinto mes.
- Opinión favorable al ingreso madre-hijo (siempre que ambos mantengan una buena relación interpersonal), para aminorar el trauma que la hospitalización representa para el niño.

La mayor parte de hospitalizaciones en nuestros centros quirúrgicos son por un período de tiempo inferior a los tres meses (excepto algunos casos excepcionales), por lo que la separación de la madre no representa un problema en cuanto a carencia que pueda producir repercusiones en el niño.

De los nueve centros visitados, sólo en tres se queda la madre con el niño todo el período de hospitalización. De todas formas, en los restantes centros se está haciendo presión por parte de los médicos para que la madre pueda quedarse con el niño.

INTRODUCCIÓN EN UN AMBIENTE EXTRAÑO

- Los niños pueden sentir la hospitalización más justificada como un abandono o un castigo. A esto se le podría unir el hecho de que en nuestra sociedad se emplean palabras como inyecciones, operación, etc., como amenazas, lo que contribuye a aumentar esa sensación de castigo que experimenta el niño.
- Sería interesante realizar un estudio para conocer las características y extensión del problema según los distintos ambientes culturales de nuestra sociedad.
- Sería también interesante realizar un estudio sobre la preparación (o ausencia de preparación) del niño para su primera hospitalización.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La opinión de los autores que han estudiado este problema coincide, en general, en recomendar que se informe al niño cuanto más mejor acerca de la experiencia que va a sufrir.

Los médicos entrevistados también conceden importancia a la idea de que una preparación psicológica es beneficiosa en el niño que ha de sufrir una intervención quirúrgica.

A pesar de esto más de la mitad (5 entre 9) no preparan a los niños que operan. Estos cirujanos prestan sus servicios generalmente en grandes hospitales en los que es elevado el número de operados.

Creemos sería muy interesante realizar estudios sobre las diferentes reacciones de los niños preparados y los que no lo han sido.

Los que no emplean ningún tipo de preparación es a causa de falta de tiempo y de personal, o bien porque consideran que quedándose la madre con el niño durante el período de hospitalización, éste se siente protegido y se suple así la falta de preparación.

Se observan dos líneas o corirentes distintas:

- Los que abogan por una preparación psicológica, sin olvidar la importancia que tiene el hecho de que la madre esté con el niño.
- Los que opinan que es más interesante este ingreso de la madre y si este se puede realizar, no es necesaria una preparación psicológica antes de la operación, ya que el niño se siente protegido por la presencia materna.

La especialidad influye mucho, ya que según el tipo de operaciones que practican sus opiniones varían.

Los tres especialistas en cirugía ortopédica y el oftalmólogo son los que emplean una preparación psicológica anterior a la operación. Generalmente, las operaciones que ellos realizan se han de hacer en varias etapas, por lo que les interesa mucho que el niño al ser re-operado, no vaya mal dispuesto a la operación. Tienen más relación con sus pacientes que los cirujanos generales. Otra causa podría ser que el problema que afecta al niño en el caso de estas especialidades es visible físicamente, por lo que en general tienen un sentimiento de inferioridad, lo que hace que acepten más fácilmente la operación como solución a sus problemas, mientras que en cirugía general, el problema o enfermedad es oculto y el niño no llega a comprender su significado ni el de la operación.

Un cirujano ortopédico, comentaba que a algunos niños de 11 a 12 años con una disminución física, lo que les hace aceptar la operación, es la creencia de que no van a sobrevivir a ella por lo que de esta forma se liberarán de su problema.

BIBLIOGRAFÍA

ARAGÓ, Ignacio M.*. «Rendimiento del hospital infantil». Acta Pediátrica Española, núm. 18, 1960, págs. 645-63.

ARAGÓ, Ignacio M.º y F. Canivell. «Necesidades emocionales y bienestar social del niño hospitalizado». Separata de Estudios sobre Hospitales y Beneficencia.

AUBRY, J. y R. Bergues. «Les facteurs psychologiques de l'hospitalisation», en J. Fabia, Problèmes actuels de Pèdiatrie (Seminaire sur l'hospitalisation des enfants), París, 1963, páginas 151-53.

Bender, Lauretta. «Emotional deprivation in infancy and its complications in child psychiatry», A Criança portuguesa. (Boletin do instituto Antonio Aurelio da Costa Ferreira) (Dedicado al Año Mundial de la Salud Mental), 1960, páginas 83-107.

Bergmann, Thesi (en colaboración con Anna Freud), Children in the Hospital. New York, International Universities Press, 1965. Brueton, Mary. «Lisping in Numbers: Research and the Social Worker» Medical Social Work. Octubre 1965, Vol. 18, número 16, págs. 182-3.

Cruz Hernández, Manuel. El niño y el hospital. Discurso de apertura del curso académico universitario de Sevilla, 1963.

François, M. «Problèmes speciaux posées par l'hospitalisation des enfants» *Techniques Hospitalières*. núm. 164, 195í, páginas 80-5.

HALLER, J. Alex (Ed.) The Hospitalized Child and his Family. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1977.

I.C.E.S.B., El Servicio Social en el Hospital. Barcelona, Instituto Católico de Estudios Sociales, 1959.

JEUNE, M. «Hôpital d'enfants ou services d'enfants installés au sein des hôpitaux generaux» Techniques Hospitalières, número 187, abril 1961, pág. 56.

Kanner, Leo. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Paidos, 1966. Lelong, Marcel. «Centre hospitalier de Pédiatrie, ou services d'enfants dans le hôpitaux generaux» *Techniques Hospitalières Medico-Sociales et Sanitaires*, núm. 187, abril 1961, pág. 61.

Mac Carthy, D. «Les parents à l'hôpital», en J. Fabia, *Problèmes actuels de Pédiatrie* (Seminaire sur l'hospitalisation des enfants), París 1963, págs. 191-203.

ORIOL, y ótros. La Pediatría en el Suburbio; Tema Social de la Sociedad Catalana de Pediatría, 1966-67.

PINYOL, Mercedes. La asistente social en el hospital infantil.

Tesis final de carrera, Escuela Católica de Enseñanza Social,
Barcelona, junio 1964 (no publicado).

Plank, Enma. El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital, Buenos Aires, Paidos, 1966.

POROT, M. La familia y el niño. Barcelona, Miracle, 1960

Reca, Telma y colaboradores. Problemas psicopatológicos en Pediatría. Buenos Aires, EUDEBA, 1964.

Rubiol, Gloria. «Informe de la visita de estudio a servicios para la infancia». Revista de Servicio Social, julio 1968.

SELFA, José y Juan Bosch. La Hospitalización pediátrica en España. Discurso de recepción del académico electo Dr. D. José Selfa Martínez.

Spitz, René. «Infantile depression and general adaptation syndrome». *A criança portuguesa*. (Boletin do Instituto Antonio Aurelio da Costa Ferreira). Volumen dedicado al Año Mundial de la Salud Mental, 1960, págs. 55-3.

STRAUS, P. «Facteurs medicaux et sociaux des hospitalisations d'enfants», en J. Fabia, Problèmes actuels de Pédiatrie (Seminaire sur l'hospitalisation des enfants), París, 1963, páginas 139-149.

Strauss, P. L'hospitalisation des enfants. París, Academia de Ciencias Médicas, 1951.

Vernon, David T. A. y otros. The psychological responses of children to hospitalization and illness. Springfield, Charles C. Thomas, 1965.

«L'admision des mères dans les hôpitaux d'enfants». Techniques Hospitalières Medico-Sociales, núm. 200, mayo 1962, pág. 162.

— «La fonction sociale de l'hôpital d'enfants. Techniques Hospitalières Medico-Sociales, núm. 212, mayo 1963, pág. 161.

— «La hospitalización pediátrica en Cataluña». Tema social 1965-66. Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría. Barcelona, octubre 1966.

— «L'enfant à l'hôpital». Techniques Hospitalières Medico-Sociales, núm. 182, noviembre 1960, pág. 114.

 — «Hôpitaux d'enfants, une heureuse innovation». Techniques Hospitalières Medico-Sociales, núm. 179-80, 1960, pág. 33.

— «Niños en los Hospitales». Técnica Hospitalaria. Vol. II, núm. 2, junio 1955, pág. 347.

 — «Problemas del hospital infantil». Estudios sobre hospitales y beneficencia, núm. 14, segundo trimestre 1963.

— «Problèmes particuliers que pose l'hospitalisation des enfants». Techniques Hospitalières Medico-Sociales, núm. 188, 1961.

EL SACRAMENTO DE LA UNCION DE LOS ENFERMOS (IV)

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C.P.

3.ª PARTE:

La Unción de los enfermos hasta el Concilio de Trento, ss. XII-XVI

Esta tercera parte de la evolución histórica del Sacramento de la Unción se caracteriza por las exposiciones más bien doctrinales. Dejando la práctica pastoral en una cierta estabilidad, son los teólogos, en primer lugar los medievales, los que se preocupan de ofrecer una sistematización teológica.

Nuestro objetivo es resumir el parecer de los principales exponentes y ofrecerlo a los lectores en un todo único coherente. No estudiamos a los autores ¹, nos interesa lo que se dice sobre el Sacramento.

Son dos los temas principales: el destinatario y por lo tanto el momento en que se ha de conferir la Unción, y los efectos: remisión de los pecados y remedio o curación del cuerpo.

DESTINATARIO DE LA UNCIÓN

En lo que se refiere al momento en que se ha de conferir el Sacramento o, si se quiere, al destinatario de la Unción, durante este período haciendo honor al nombre de *Extrema Unción*, y sin género alguno de duda, se trata de administrarlo al final de la vida. Por lo tanto los destinatarios son los moribundos.

Los destinatarios son, pues, los enfermos en peligro inmediato de muerte. Con todo no está expresado todo el pensamiento. Aun más que de estado agónico, se trata de una preparación para morir, para que pueda entrar inmediatamente en la gloria. El Sacramento de la Unción ha de conferirse *a los que se van*. Ni siquiera dudan que pueda ser de otra manera, de tal modo que no se entretienen en probarlo.

Si lo recibe el enfermo que se aproxima al fin, como consecuencia se ha de negar a todo el que no se encuentre en peligro de muerte.

Desde el momento que es «el último remedio que la Iglesia puede conferir y que dispone inmediatamen-

¹ La exposición es un resumen de la doctrina de Pedro Lombardo, Alejandro de Halés, san Alberto Magno, san Buenaventura y santo Tomás de Aquino. te a la gloria», es lógico que solamente puede ser dado a los que están en peligro de muerte. Se diría que cuanto más en peligro de muerte, más se había acertado en el momento y en el destinatario.

La razón está en haber concebido el Sacramento como algo perfectivo, que procura al alma la perfección interior con la que se prepara para la gloria y la resurrección.

Si de alguno se pudiera dudar que no exige las condiciones extremas de la vida y que estaba pensando en enfermos graves con una cierta proximidad a la muerte, es santo Tomás, pero sólo, a nuestro entender, porque admite la posibilidad de la reiteración.

Ofrecemos la síntesis de su pensamiento tal como lo expone en el libro Contra Gentes².

«Es claro que este Sacramento es el último y que de alguna manera acaba toda la cura espiritual realizada por los sacramentos. Por él, el hombre es preparado, por decirlo así, a entrar en la gloria; de ahí que reciba la denominación de Extrema Unción.

Por todo ello, es evidente que este Sacramento no puede ser conferido a cualquier enfermo, sino sólo a aquel que, a causa de su enfermedad, se halla próximo a morir. Si, a pesar de todo, el enfermo cura, podrá serle conferido de nuevo el Sacramento en el caso de que vuelva a hallarse en una situación idéntica a la anterior.»

La salvedad que se puede aceptar en la doctrina del doctor Angélico es que no habla de agonizantes ni lleva sus consecuencias hasta el extremo de la vida del enfermo.

Exactamente destina la Unción a los enfermos graves con peligro de muerte e, incluso, próximos a ella.

En verdad apenas hay diferencia, si realmente existe, de las afirmaciones de los otros autores de la Edad Media

² Santo Tomás, Contra Gentes, IV, 73.

EFECTOS DEL SACRAMENTO DE LA «EXTREMA UNCIÓN»

Al hablarnos de la finalidad de la Unción, se destacan, de manera absoluta y total, los efectos de la remisión de los pecados y del alivio de la debilidad corporal.

La remisión de los pecados

Sobre la remisión de los pecados, efecto principal de la Unción, aplicando las palabras de Santiago a la enfermedad del pecado, se defiende como doctrina común que la Unción borra principalmente los pecados veniales.

Para explicarlo y probarlo, exponen una distribución de algunos Sacramentos en relación con el pecado. El Bautismo está destinado para perdonar el pecado original y mortal, y también para este último el de la Penitencia. No es que excluyan los pecados veniales entre los efectos de estos dos Sacramentos; lo que enseñan es que la Unción se refiere directamente a los pecados veniales.

Es el medio perfecto de borrar todos los pecados veniales. Por lo tanto, si se quiere que realice toda su máxima eficacia, sólo se conseguirá si se administra a los que no pueden pecar más, es decir, en los últimos momentos de la vida, y si han perdido el conocimiento todavía hay más seguridad en conseguir el efecto indicado.

Se comprenderá ahora la práctica que existe entre nosotros, aunque nunca la Iglesia la ha aceptado oficialmente.

Santo Tomás también considera la Unción como un remedio de la enfermedad producida por el pecado. Según la teoría que cada Sacramento produce un solo efecto, expresado por el simbolismo de dicho Sacramento, y siendo el simbolismo de este Sacramento un simbolismo terapéutico, se trata efectivamente de la curación de la enfermedad del pecado.

Al momento de especificar algo más este efecto espiritual, se nos dirá que se trata de una flaqueza espiritual, de una cierta debilidad e impotencia que causa y deja en el alma el pecado actual y original. Se trata de las consecuencias del pecado, según la frase clásica acuñada por el Concilio de Trento.

Lo notará porque se siente privado de la fuerza necesaria para realizar los actos de la vida de la Gracia y de la Gloria. Efecto espiritual que siempre se consigue. Es necesario matizar más estas ideas. El efecto espiritual tiene una relación directa con la curación de la debilidad espiritual que es consecuencia del pecado, pero no está directamente ordenada a la remisión de los pecados en sí. Como se puede comprender fácilmente, el efecto sería una gracia de fortalecimiento para remediar la debilidad.

La Teología tomista propone como efecto propio de la Extrema Unción la gracia de fortalecimiento que aporta remedio a las secuelas del pecado o sea a la debilidad espiritual provocada por el pecado. En este sentido puede llegar a borrar el mismo pecado porque es el que contribuye a la debilitación del alma.

ALIVIO DE LA DEBILIDAD CORPORAL

No es un efecto que se produzca automáticamente. Está vinculado o mejor condicionado según la conveniencia del fortalecimiento del alma. Por eso el efecto corporal es solamente indirecto y no universal.

Para santo Tomás el efecto corporal se halla ordenado al efecto principal, que es, como ya hemos indicado, la remisión de los pecados o mejor, el fortalecimiento de la debilidad espiritual.

Aumenta la eficacia de la Unción en relación a este efecto, en la medida, en que la enfermedad corporal tiene su origen en el alma. Se realiza, pues, en la medida en que sirve o colabora a la curación del alma. O sea según que la enfermedad, consecuencia del pecado, impide el ejercicio de las virtudes o la santificación de la vida cristiana en la condición de enfermo.

El Sacramento cura el cuerpo para que no obstaculice la actividad espiritual del alma. La enfermedad corporal, siendo una consecuencia del pecado, agrava la debilidad del alma.

La curación corporal, o mejor el efecto corporal de la Unción, está en función del efecto espiritual, está ordenado a él, como el medio al fin, en la medida en que se desea conseguir la remisión de los pecados, o en tanto cuanto se necesita para conseguir la finalidad del fortalecimiento del alma debilitada.

Cura el cuerpo si las deficiencias corporales, residuo del pecado, hacen más difícil o, incluso, imposible el fortalecimiento espiritual a fin de que el enfermo quede capacitado para realizar su vida de gracia y se oriente sin obstáculos a la consecución de la vida eterna.

4.ª PARTE:

La Unción de los enfermos según el Concilio de Trento

Vamos a detenernos con profundidad y de una manera extensa en las enseñanzas del Concilio de Trento sobre la Unción de los enfermos. Si dogmáticamente los teólogos medievales nos han ofrecido su sistemación, ahora el Concilio de Trento consagrará esta doctrina y, en particular, la de santo Tomás de Aquino.

Antecedentes clarificadores

EL CONCILIO DE FLORENCIA

Antes de introducirnos en el Concilio Tridentino, es necesario que hagamos por lo menos una breve referencia al Concilio Ecuménico de Florencia, 1439.

Tiene presente la doctrina escolástica, y más concretamente la tomista, al afirmar y, podemos decir, consagrar que el destinatario del Sacramento es el enfermo del que se teme la muerte.

Su efecto es la curación del alma y, según lo explicado, o sea en la medida que sea necesario, la del cuerpo.

Pero si en cuanto al contenido no tiene aportación alguna especial, tratándose de un Concilio universal de la Iglesia, adquiere importancia desde el momento que consagra una doctrina y la incorpora a la enseñanza universal de la Iglesia.

A nadie se le esconde la trascendencia que este hecho eclesial encierra y las consecuencias que lleva consigo.

PRÁCTICA PASTORAL EN LA ÉPOCA DEL CONCILIO DE TRENTO

El movimiento espiritual y una literatura que puede resumirse en el arte de bien morir, dirigen la pastoral del Sacramento de la Unción según se había fijado ya en el siglo XIII, sin que aflore en el ambiente, corriente alguna de renovación o cambio.

Tenemos en cuenta que en el aspecto litúrgico se da una diferencia entre la teoría y la práctica, o sea, entre el contenido de los rituales y el modo concreto de administrar el Sacramento.

Teóricamente el Sacramento de la unción se ha de conferir a los que están en peligro de muerte, que se tienen dudas de si están cerca de la muerte, pero de hecho se une y se identifica el peligro de muerte con la certeza de la misma. Y si bien según los Padres del Concilio es errónea y estaba rechazada fuertemente por manuales de pastoral, con todo en realidad se administraba la Unción a los que no se tenía esperanza alguna de curación y que estaban prácticamente en la agonía o seguridad de morir.

En esta situación es difícil comprender la eficacia y la utilidad de la Extrema Unción. Tampoco lógicamente se podía pedir un gran entusiasmo a la hora de llamar al sacerdote para que administrara el Sacramento.

Si además se comprueba el formulismo, un ritual interminable de oraciones y hasta salmos, lo extraño que significaba pedir la curación y la integración a la vida ordinaria social y del trabajo, de quien estaba sin esperanza de salvación, en los últimos momentos de la vida, se apreciará la realidad en que se encuentra el Sacramento de la Unción.

PLANTEAMIENTO DE LUTERO

Esta doble contradicción entre el texto litúrgico y la práctica, y, más profundamente, entre la costumbre práctica de la Iglesia y el texto de la carta del Apóstol Santiago, fue denunciado enérgicamente por Lutero.

Para éste, el Sacramento de la Unción no es Sacramento, en primer lugar porque se apela para su fundamentación bíblica al texto de Santiago, cuya autoridad canónica es discutida. Pero además porque la Iglesia lo administra a los que están en los últimos momentos, mientras Santiago se refiere a todo enfermo, privando de este beneficio a muchos de ellos por una simple iniciativa de los teólogos. Finalmente a los que están muriendo, ni les cura, ni les alivia.

Lutero insiste no tanto en negar el Sacramento, cuanto en no poder admitir que concuerda lo que prescribe el Apóstol Santiago con la forma, la aplicación, la virtud y con la mira u objeto del Sacramento. En consecuencia para él la Iglesia romana se ha alejado de las enseñanzas de la carta del Apóstol Santiago.

PLANTEAMIENTO CONCILIAR

La réplica católica no se propone expresamente dedicarse al tema de la Unción, como sucedería, por ejemplo, con el de las indulgencias, justificación, etc. Se la estudiará al hablar de los Sacramentos en general y al comentar los libros sagrados.

Puesta así la cuestión, además de buscar los testimonios que justifican la autoridad canónica de la carta de Santiago, se propone estudiar la institución o promulgación y los diferentes elementos del Sacramento, como la materia, la forma, los efectos, el sujeto y los ministros con sus pruebas correspondientes sacadas del texto del Apóstol.

El Concilio se encuentra entre las dos corrientes: la sistematización de los Escolásticos y la riqueza litúrgica de los rituales antiguos. La finalidad que se propone es óptima: encontrar la manera de revalorizar el Sacramento, dándole eficacia y aceptación en el pueblo cristiano.

El Concilio se ocupó de la Extrema Unción en dos ocasiones. En marzo-noviembre de 1547 y en octubre-noviembre de 1551.

El primer período se caracteriza, partiendo de algunas proposiciones sacadas principalmente de los escritos de Lutero, por una serie de reflexiones teológicas y proyectos de decretos que versarán más bien sobre cuestiones prácticas, relacionadas con la administración de la Extrema Unción.

En la segunda época se trabajó en la composición de un cuerpo doctrinal y en la redacción y promulgación de cuatro decretos.

Si establecemos una comparación entre las preocupaciones eclesiales de los Padres del Concilio, en lo referente al Sacramento de la Unción de los enfermos se ha de reconocer que ocupa un puesto de menor importancia respecto a los otros temas abordados por el Concilio.

El planteamiento doctrinal propuesto no es fundamentalmente más que la respuesta a las impugnanciones lanzadas por los reformadores.

FINALIDAD DE LAS DECISIONES CONCILIARES

El tema podía ser estudiado desde diferentes puntos de vista. Nos interesa saber cómo lo entendió y qué orientación quiso imprimirle. ¿Se encauzó hacia el aspecto pastoral o se limitó a una postura estrictamente doctrinal?

Como principio general el Concilio había decidido que todo tema sería dividido en cuestiones *de fe* y cuestiones *de reforma*: doctrina y disciplina eclesiástica.

Mientras algunas exposiciones era fácil incorporarlas en su correspondiente encasillado, no resultó tan sencillo tratándose de los Sacramentos, por estar lógica e íntimamente unidos los dos planteamientos.

Desde el momento que los reformadores no buscan, en lo referente a la Extrema Unción, modificar la liturgia, pues se limitan a negar su valor sacramental, zanjaron esta dificultad desde su misma raíz.

LA DOCUMENTACIÓN PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS COMPONENTES DEL CONCILIO

Si partimos de la idea que la Unción de los enfermos se confiere a los moribundos, el material de que disponían los Padres del Concilio, ya en sí reducido, tiene dos vertientes.

Además de la documentación que procede de los Escolásticos, disponen de documentos que actualmente se les conoce como erróneos, por ejemplo el de la Visita a los enfermos, atribuído a san Agustín que defendía el sistema pastoral practicado durante la época conciliar. Otros, como la carta de Inocencio III, son utilizados de una manera inepta sin llegar a leer correctamente el texto, reemplazando, por ejemplo «la Sagrada Unción», por «la Extrema Unción».

Toda la exposición se reduce a repetir casi literalmente a santo Tomás. Su autoridad y sus formulaciones se imponen finalmente en la redacción de la doctrina.

Partiendo de este decreto se encuentra una discontinuidad entre la forma propuesta en la época carolingia y la que se usaba con anterioridad en las Iglesias latina y oriental.

Finalmente los Padres del Concilio fueron condicionados en gran escala por la enseñanzas del Concilio de Florencia.

A la luz de este decreto, que como dijimos trae de

manera casi perfecta la doctrina de santo Tomás, se leen y se interpretan todos los otros textos, aunque a veces vengan más o menos al caso, como cuando se afirma que la Unción de los cadáveres es continuación de la Unción de los enfermos.

La mayor parte de los Padres del Concilio están convencidos que la tradición se ha venido transmitiendo de generación en generación a partir de la carta de Santiago y de la época apostólica a través de la práctica de la Iglesia.

ALCANCE DOCTRINAL Y AUTORIDAD RESPECTIVA DE LOS TEXTOS PROMULGADOS

El decreto de la sesión XIV sobre la Penitencia y la Extrema Unción contiene una parte doctrinal y otra disciplinar. ¿Qué alcance quieren dar los miembros del Concilio a cada una de estas partes?

En general es en los Cánones en donde el Concilio se compromete autoritativamente con más solemnidad. Con todo hay notables diferencias entre unos cánones y otros, porque mientras algunos tocan temas realmente dogmáticos como la presencia real de Cristo en la Eucaristía, otros es muy difícil darles esta importancia, como la confesión anual o el alcance de la penitencia impuesta por el confesor.

Sobre el Sacramento de la Unción encontramos que mientras el 16 de noviembre en lo referente a la Unción se mandaba tener y creer firmemente a todos los que habían dado su nombre a Cristo, en el texto definitivo se propone a todos los fieles para creerlo y tenerlo. Entre mandar y proponer hay notable diferencia. Se ve una discreción que abre la puerta para una interpretación que nos descubra la verdadera situación real de cada decreto o promulgación de la correspondiente doctrina.

LA INTERPRETACIÓN INMEDIATA DE LOS CONTEMPORÁNEOS

Es aleccionador comprobar que en la Iglesia queda todo igual que antes de la celebración del Concilio. Los editores de rituales no se molestan en hacer una nueva edición, reimprimiéndolos con cambios tan insignificantes que apenas son notados. Así por ejemplo, se incluirá que el Sacramento de la Unción según el Concilio puede repetirse, pero se seguirá confiriéndolo a los moribundos sin posibilidades de reiterarlo de nuevo.

ANÁLISIS DOCTRINAL DE LAS DECISIONES DEL CONCILIO

Para no confundir al lector dejamos como superado el texto propuesto a los Padres Conciliares el 16 de noviembre de 1551, aunque, por las variantes, algunas de ellas bastante notables, sería interesante compararlo con el definitivo.

La idea central del Concilio puede resumirse en la afirmación de que existe actualmente en la Iglesia un Sacramento de la Extrema Unción cuyo valor es puesto en cuestión. Todo el ataque se apoya en la Carta de Santiago Apóstol, cuya autenticidad se pone en duda. Lo que indican los vv. 14-15 del Capítulo 5 son ideas del Apóstol, no una voluntad de Cristo. No es, por lo tanto, un Sacramento lo que se propone, ya que lo que la Iglesia practica en la actualidad es diferente de lo que prescribe el Apóstol.

El Concilio asegura por otra parte que se da continuidad entre la acción de Cristo, el texto del Apóstol Santiago y la práctica actual. La interpretación del texto del Apóstol se constituye en centro de la controversia.

LA TERMINOLOGÍA: LA «EXTREMA» UNCIÓN

Como algunos miembros del Concilio preferían la expresión de «Unción de los enfermos» a la de «Extrema Unción», se discutió la terminología y ni los teólogos ni los obispos se encontraron de acuerdo.

No nos preocuparíamos de la palabra si con ella no se viniera a significar que la Unción se ha de dar cuando se encuentra *in extremis*. Porque se da a los que se encuentran en los últimos momentos, por eso mismo se ha de preferir llamar a este Sacramento, el de la Extrema Unción. No prevaleció esta mentalidad y en el texto definitivo se incluyó Sagrada Unción de los enfermos.

Si el Concilio de Trento sigue hablando después de Extrema Unción es por el uso heredado de la Edad Media y sancionado de alguna manera por el Concilio de Florencia.

Todo ello nos descubre la ambigüedad que existe entre los teólogos, pero no comporta necesariamente que el Sacramento se ha de dar a los que estén muriéndose.

EL EVENTUAL EFECTO DE LA CURACIÓN CORPORAL

¿Creían en el siglo xvi en esta posible curación corporal que pedían formalmente en varias de las oraciones prescritas por los rituales?

Los que fenían presente la expresión de santo Tomás «último remedio que prepara inmediatamente para la gloria» no les resultaba fácil encontrar el modo de proponer un eventual efecto de curación corporal. Por

esta razón algunos lo pasaban por alto, silenciándolo totalmente, o por lo menos planteando la cuestión como discutible.

Pero en el siglo xvI el problema se agudiza por la crítica luterana. Se encuentran con este dilema: un rito reservado exclusivamente a los moribundos que, según la palabra divina, está destinado a la curación. Bajo otro aspecto el texto del Apóstol se reduce a una simple aplicación del poder de curación según las realizadas por los Apóstoles como lo indica Marcos 6, o como la gracia de la curación que se concedió solamente a la Iglesia primitiva. La Unción de los enfermos, pues, no tiene razón de ser.

Dejando toda la marejada de cuestiones, el Concilio tomará como resolución definitiva que «el enfermo conseguirá además, la salud del cuerpo, si fuere conveniente para la salud del alma».

Para resolver varios puntos de la discusión al hablar de los efectos sobre el enfermo, se utilizarán las mismas palabras del Apóstol Santiago: «aliviará al enfermo» dejando en consecuencia la posibilidad de una amplia interpretación.

Todo ello porque se quería ser fiel a la carta del Apóstol leída a través del Concilio de Florencia. Las expresiones de algunos Padres nos hacen ver que dan importancia relativa, como algo secundario y condicional, a los efectos corporales y quieren que se entienda del alivio del alma.

EFECTO ESPIRITUAL

Es prácticamente al que dedica el Concilio su total preocupación. Se habla de «una gracia del Espíritu Santo cuya unción limpia las faltas, si es que quedan, lo mismo que las secuelas del pecado».

Este efecto significa alivio, fortaleza, estímulo para que el enfermo ponga su confianza en la misericordia de Dios. Conseguirá poder soportar con mayor facilidad los sufrimientos y los perjuicios de la enfermedad, resistiendo con más fuerza a las tentaciones del demonio.

LA POSIBILIDAD DE UNA REITERACIÓN DEL SACRAMENTO

En el siglo xvI, en algunas Diócesis se practica una disciplina más bien rígida no repitiendo la Extrema Unción durante la misma enfermedad, a no ser que se prolongase más de un año.

Pero a su vez se tiene la mentalidad que puede repetirse en los recidivos de la misma enfermedad, porque sencillamente el efecto del Sacramento no es perpetuo, lo que viene a añadir nuevas y más amplias posibilidades al planteamiento anterior.

Por su parte los cinco obispos presentes en la Comisión del Concilio tienen la idea que el Sacramento de la Unción es para los que salen de este mundo.

El texto definitivo proclamará que los enfermos que han recibido la Unción y recobraren la salud, pueden volver a recibirlo cuando se encuentren en otra situación semejante.

EL USO ACTUAL DE LA IGLESIA NO VA CONTRA EL TEXTO DE LA CARTA DE SANTIAGO

Lo primero que negaron los protestantes es la institución del Sacramento por Cristo. Según ellos Santiago habla solamente de un carisma provisional concedido a los Apóstoles.

Si la preocupación dominante del Concilio es la de defenderse de la acusación formulada por Lutero de que se había traicionado la carta del Apóstol Santiago, el Concilio ha de relacionar necesariamente el uso actual del Sacramento con las enseñanzas del Apóstol.

Lo hace de dos maneras: La misma exposición doctrinal es ya una respuesta porque se expone comentando el texto de Santiago. Pero además se responde directamente a la acusación. No se contenta el Concilio con afirmar lo contrario, lo que hubiera sido demasiado fácil y poco probativo. Su indicación asegura que el uso actual del Sacramento procede de las enseñanzas del Apóstol. No lo identifican con el rito, pero admiten y afirman que procede del texto de Santiago. Se concluye, pues, que no existía contradicción, introduciendo hábilmente la distinción entre elementos substanciales y elementos accidentales. Sólo es necesario que estén de acuerdo en lo que se refiere a los primeros.

¿SACRAMENTO DE LOS MORIBUNDOS O SACRAMENTO DE LOS ENFERMOS?

Además de la institución, para Lutero era importante el destinatario del Sacramento. ¿Para quién ha sido instituida esta Unción? Si la Iglesia lo ha reservado a los moribundos, ha sido en detrimento de los enfermos, de los que habla Santiago en su carta. Se trata evidentemente de una implicación histórica.

Para poder captar lo que realmente pensaron los Padres Conciliares, nada mejor que citar el proyecto del texto antes de la revisión y aprobación. Se advertirá inmediatamente lo que se proponían y lo que realmente llegó a ser la decisión del Concilio.

Las modificaciones son nada menos que todos los textos que nosotros incluimos entre comillas.

Se declara también (en el texto de Santiago) que esta Unción «no» debe ser conferida «ni» a los enfer-

mos, «ni» a todos los enfermos, según lo enseña la tradición de la Iglesia, «sino a sólo aquellos cuyo estado es tan grave que parece han llegado al término de su vida». «Por eso» se llama «a justo título la Extrema Unción» y el Sacramento de los que se van, «porque no es conferida más que a quienes se hallan en la agonía, luchando por la muerte, a aquellos que parten hacia el Señor».

La línea es clara, desaparece todo lo que sea reservar el Sacramento a los últimos momentos de la vida, a los enfermos próximos a la muerte, a los moribundos. El Concilio abre las perspectivas de una interpretación más amplia y larga.

Por eso, después de largas discusiones se impuso la decisión bastante moderada por la que se declara que la Unción debía darse a los enfermos, *en especial* a los que se encontraban en peligro de muerte y estaban constituídos en el estado de agonizantes. O sea *principalmente* a los moribundos, pero no ya exclusivamente.

Con todo quede bien claro que estas largas reflexiones en torno al tema, obedecen a una preocupación dogmática más bien que a una orientación pastoralista. Por eso no trasciende a la práctica. Están preocupados de resolver la cuestión planteada por Lutero, no piensan en la práctica del Sacramento en la actualidad eclesial. Se desea proponer la interpretación tradicional de los vv. de Santiago Apóstol para defenderse de las acusaciones de infidelidad a la palabra divina lanzadas por Lutero

El Concilio de Trento marcó tal impronta en la Iglesia que desde la promulgación de sus decretos hasta nuestros días ha sido la guía fiel que han utilizado casi todos los que se han ocupado del Sacramento de la Unción. La problemática suscitada versa sobre aspectos preferentemente secundarios. La teoría y la práctica del Sacramento quedó firmemente asentada hasta la época reciente, hasta el Concilio Vaticano II.

Una simple enumeración nos hará comprender lo que venimos afirmando. Se discutirá si es necesaria la bendición del cico para la validez del Sacramento, el número de unciones, la validez de la Unción administrada por un diácono, edad necesaria para recibirla, reiterabilidad del Sacramento.

Los teólogos como Maldonado, Belarmino, Suárez, Kern, por ejemplo se preocuparon en profundizar o reexaminar los efectos del Sacramento, pero siguiendo fielmente al Concilio Tridentino.

La Jerarquización de los diversos efectos y la explicación del sentido que tiene la frase *las secuelas del pecado* son las dos únicas facetas que encierran una cierta novedad. Desde la tradición y la Teología intentarán actualizar y profundizar en su comprensión.

Desde la celebración del Concilio Vaticano II, como tantos otros temas eclesiales, el Sacramento de la Unción exige una renovación en los diversos aspectos para que pueda seguir sirviendo a la finalidad para la que fue instituído.

Pamplona

HUMANIZACION DEL HOSPITAL

Coloquio organizado por los hermanos de san Juan de Dios y la Escuela de asistentes sociales san Vicente de Paúl

Por JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.

El verano pasado se tuvo en Pamplona una semana de actualización hospitalaria, organizada por los hermanos de San Juan de Dios y la Escuela de Asistentes Sociales «San Vicente de Paúl».

La finalidad de la semana no fue otra que la de presentar las distintas facetas que coinciden en el hospital de hoy, en el campo organizativo, humano y cristiano.

Entre los temas tratados está el que ahora presentamos sobre la humanización del hospital. Tema-coloquio, preparado desde tres ángulos, con experiencias distintas, pero complementarias. Intervienen en el mismo un médico, director de una clínica, una asistente social, de servicio en un gran hospital provincial y por último una joven que ha sido internada en una clínica a causa de un accidente en carretera. Cada uno desde su campo nos irá indicando cómo ven la humanización y qué aspectos inciden en la misma.

El Coloquio abarca estos tres puntos:

- La técnica hospitalaria: ventajas y riesgos.
- Relaciones humanas en el hospital.*
- Reacciones del enfermo ante lo técnico y lo humano.

LA TECNICA HOSPITALARIA VENTAJAS Y RIESGOS

Por el doctor JAVIER MARTÍNEZ MUÑOZ

El desarrollo de la Tecnología ha alcanzado en los últimos veinte años límites insospechados y la Medicina no ha permanecido marginada a ellos. Se puede decir que se ha alcanzado una situación fundamentalmente nueva en la que el médico que trate al hombre enfermo, en su deber del mejor servicio, tiene la obligación de hacer un uso adecuado de las técnicas, ignorarlas sería, en el mejor de los casos, mermar posibilidades en su

* Este trabajo se publicará en la próxima edición de Labor Hospitalaria.

ayuda al enfermo. La investigación Biológica ha logrado, empleando métodos diferentes, una nueva y fecunda síntesis: Genética, Biofísica, Bioquímica, Bacteriología, Virología, Inmunología, Microscopia Electrónica, Isótopos Radiactivos, etc., han puesto al alcance de la Medicina una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no por complejos deben olvidarse a la hora del planteamiento diagnóstico y deben tener un importante sitio en la Medicina de hoy.

A pesar de todo ello, hay que reconocer que la vida

en el hombre es algo más que ciencia empírica; vivir significa una problemática distinta para cada hombre, la que su propia existencia lleva consigo y muchos de estos aspectos no podrán ser nunca contestados por un computador. Por ello, junto a la mejor técnica, el médico aportará ciertos aspectos, los humanos, de los que lógicamente aquélla carece.

Hablar del futuro de la Medicina significa tanto como hablar del futuro del hombre; la Medicina futura estará en relación no sólo con aquello que proporcionará el avance de la propia técnica sino con las repercusiones que tales avances impriman en la vida del hombre y es indudable que en un plazo de 10 a 15 años la sociedad tendrá que anteponer el problema de la salud a cualquier otro a causa de la gran explosión demográfica, aumento del número de ancianos, uso de drogas, aumento de la llamada sociedad del ocio, al reducirse el trabajo a menos horas, etc.

El internista deberá caracterizarse siempre más por su mentalidad que por sus técnicas, ya que tendrá que considerar al paciente como un todo indesmembrable, sujeto al análisis y a la jerarquización de sus síntomas y esto sólo se puede lograr con la elaboración a nivel personal del conocimiento Científico.

Veamos qué puede ocurrir con una técnica avanzada como puede ser la Cibernética aplicada a la Medicina: La rapidez con que el computador actúe dejará libre al médico para que se dedique aun con mayor tiempo que en la Medicina Clásica al estudio y cuidado del paciente y a conversar con él la computadora, al ahorrarnos muchas horas de trabajo, nos permite dar un aspecto mucho más humano y tener una relación más íntima con el enfermo) si no olvidamos aspectos fundamentales de éste. Actualmente el problema médicoenfermo, en sus relaciones, surge muchas veces por falta de tiempo ya que el exagerado número de pacientes que debe visitar diariamente hace que no pueda seguir aquellas reglas de relación humana; en una palabra, falta diálogo. Siguiendo esta sistemática ya le habremos sacado un aspecto humano a la técnica, ahora bien, habrá que estar muy atentos y tener mucho cuidado, evitando que el médico se convierta en un simple mecánico frente a la máquina y el enfermo en una máquina también, deteriorada; todo ello revertiría en perjuicio del enfermo. Un juicioso punto medio es la actitud ya que la falta que puede producirse es emplear solamente la técnica como un técnico, no como una persona que tiene enfrente a otra persona enferma. Ya podemos sacar la conclusión de que la técnica debe ser elaborada de forma que actúe en beneficio de esa persona enferma considerándola en su totalidad. Como muy bien dice el doctor Arasa, que a su calidad de médico une una gran formación humanística, en la lucha entre el bien y el mal, diríamos entre la salud y la enfermedad en nuestro caso, la ciencia es neutral, será el uso que de ella haga el hombre lo que conducirá a consecuencias buenas o malas.

A la técnica tenemos la obligación de agradecer que nos ayude a descifrar misterios insondables y en este aspecto no cabe duda que se han realizado conceptos auténticos nuevos y grandiosos pero sin que abarquen en manera alguna toda la realidad ya que les falta buena parte de lo humano. Una computadora no será nunca capaz de pensar por sí misma posiblemente ni siquiera en el futuro, no podrá sustituir a la inteligencia humana y su funcionamiento requerirá siempre al hombre en la previa labor de almacenamiento de datos y en otras características que son inherentes a la persona.

El fin de la Medicina se encamina a obtener la curación o por lo menos el alivio del enfermo y jamás podremos olvidar que como personas, los médicos, entramos en contacto con personas enfermas y no con procesos morbosos; el clínico no puede tener al enfermo como puro objeto de estudio o de investigación y adoptar ante él una postura fría y desapasionada. El enfermo ha de ser considerado como persona que sufre y ante él, el médico, debe sentirse especialmente vinculado ya que el acto médico se basa en el contacto interpersonal protagonizado por el que sufre y el médico en quien confía y al que acude a que cure su dolencia; podría citarse la frase de Portes cuando dice «Una confianza que va al encuentro de una conciencia». Aún puede ahondarse más en este concepto ya que debe procurarse que el enfermo tenga conciencia de esta entrega, que se cerciore de nuestro sincero deseo de perfección y de ayuda y no para hacernos merecedores de su gratitud sino para sustentar su confianza y aquí citaríamos otra frase, la de BALINT, que no por conocida pierde actualidad, cuando dice: «El médico es el primero de los medicamentos que él prescribe». En una palabra, nuestras relaciones deben estar impregnadas de sentido humano y adaptar nuestra sistemática, incluída la técnica, al tipo de paciente que tenemos delante; son palabras de Pío XII: «Lo que vuestros enfermos esperan de vosotros no es solamente una competencia profesional sin deficiencia, sino quizá más todavía, una entera comprensión del hombre y de las condiciones espirituales de su vida».

Hasta aquí estoy tratando de llevar la técnica, desarrollada al máximo, incluso a fases que no son habituales por lo menos en nuestro medio y que posiblemente tardaremos muchos años en lograr, al terreno de lo humano aprovechando por un lado los medios que puedan existir pero dándoles el adecuado matiz, al elaborarlos el médico, cayendo dentro de lo que puede ser una buena relación médico-enfermo, sin que sea necesario que la tecnificación de la medicina ahogue las relaciones humanas.

Todo tiene que ser necesario ya que los conceptos van cambiando a medida que transcurren los años, veamos algunos de ellos:

El concepto de salud ha pasado de ser un bien deseable a un derecho; de un concepto individualista a otro en el que está implicada la sociedad.

La salud pública como ciencia, patrimonio valorable de la comunidad, tiene un poco más de un siglo de existencia, como manifestación del instinto de conservación existía seguramente desde los comienzos de la humanidad. Este concepto de salud pública impone una definición actualizada de la misma. Oigamos a la OMS: Salud pública es la suma de la salud de los individuos que componen una comunidad, definiendo la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud es expresión del grado de desarrollo de una comunidad y su promoción no es sólo un derecho sino un deber, cada individuo ha de procurar prevenir la enfermedad no sólo en beneficio propio sino en favor de sus familiares, convivientes, conciudadanos, de esta forma se configura el derecho a la salud como un derecho-deber.

Todo ello implica una complejidad en el ejercicio médico que se sale de los límites de la actuación individual surgiendo la figura del equipo médico y hospital como lugar en que pueden coordinarse los esfuerzos técnicos y humanos en beneficio del hombre enfermo.

El hospital tiene que representar la pieza básica para una organización sanitaria del país con función de prevenir, conservar y aumentar la salud de los individuos y como consecuencia de la comunidad, este centro es el único que puede aportar las técnicas y equipos al alcance del individuo enfermo. El hospital debe transformar su forma de quehacer médico abandonando la idea tradicional de hospital, adaptándose a los tiempos, a sus técnicas, y convirtiéndose en la pieza motriz de la lucha por la salud.

Soler Durán define el Hospital como una instalación promovida y gestionada, sin ánimo de lucro, por el esfuerzo organizado de la comunidad que prevé la debida administración para prestar una asistencia médico-sanitaria, curativa, preventiva y rehabiiltadora en régimen de internado o ambulatorio; debe tener en cuenta al paciente como persona, su contexto social y la necesidad de atenderlo singular e individualmente para conseguir una plena restitución física, mental y social. De esta manera surge con ello una organización técnica que dota al hospital y aumenta su calidad dando un cauce lógico a los problemas médicos que un ejercicio libre de la medicina es incapaz de resolver; además el hospital debe hacer compatible la forma tradicional de la medicina, con sus buenas relaciones humanas, la de equipo y la de la técnica.

Creemos que se puede ya sentar la premisa de que si la medicina se deshumaniza el problema no está en la técnica, sino en el hombre, en este caso el médico que usa esa técnica. La culpable no es la técnica, es el hombre que no emplea la técnica debidamente, y no nos quepa la menor duda que el hospital siempre estará mejor dotado que cualquier tipo de medicina individual para asistir al enfermo, pero que no fallen

las personas que sirvan a esas técnicas del hospital. Es indudable que con todo ello surgen obstáculos que no es el momento de analizar, unos son de tipo económico, otros son de contrastes generacionales, otros son de mentalización etc.; el problema se agrava porque el salto es tan brusco que al no haber sido preparado debidamente seguimos afianzados a los extremos faltándonos ese nexo de unión para que sin abandonar las ventajas de una forma de ejercicio médico se dé paso a las posibilidades que nos ofrece la otra.

Este paso es necesario, el trabajo en equipo permite un contraste de opiniones, decisiones con responsabilidad compartida, formación continuada, todo ello necesario tanto por la complejidad de las nuevas técnicas, imposible de dominar por una sola persona, como por la gravedad que llevan consigo muchas decisiones que el profesional que se dedica a la medicina se ve obligado a tomar y desde el punto de vista del usuario del hospital éste le ofrece unas ventajas asistenciales que son mucho mayores de las que puede ofrecerle cualquier otro tipo de medicina, es decir, que para atender los problemas de salud y enfermedad hoy es necesario un equipo sanitario perfectamente conjuntado hacia el fin primordial que es el mantener al individuo y la sociedad en el mejor estado de salud. Esta forma de ejercicio médico, altamente tecnificado, no es necesario que esté exenta del calor humano atributo fundamental y punto en el que se basan los defensores del tradicional ejercicio libre de la medicina que establece una relación directa médico-enfermo pero de una calidad necesariamente más baja y que subsiste por la falta de integración en la estructura hospitalaria de aquellas premisas que le son propias y de gran trascendencia; si éstas se dieran ¿no sería posible trasladar la confianza a la institución que cubriera los requisitos inherentes al ejercicio libre y además pudiera dar una calidad asistencial imposible de dar de la otra forma? Si el enfermo fuera capaz de comprender, para lo cual tendría que tener una adecuada cultura sanitaria, es muy posible que acudiera a esos centros bien montados, no exentos de unas relaciones humanas adecuadas; quiero decir que si se aumenta el nivel de cultura del usuario, y la estructura hospitalaria es la adecuada, posiblemente no considerará necesaria esta relación personal directa.

Otros atributos del ejercicio libre, como puede ser la libertad de elección, el secreto profesional pueden mantenerse dentro del marco del hospital. La libertad de elección podría mantenerse aunque tampoco sería necesaria si el nivel fuera muy similar.

El secreto profesional cae dentro de las normas de ética profesional y los equipos hospitalarios en toda su amplitud están formados por profesionales y las faltas en este sentido serán las mismas que pueden cometerse a nivel individual. Probablemente habría ciertos aspectos en que el diálogo tuviera que ser más íntimo, problemas de homoxesualidad, frigidez, impotencia, alcoholismo, solteras embarazadas, drogas, etc., pero

realmente estas formas de enfermar son solamente una vertiente de todo el problema y por lo tanto aspectos muy limitados y en la generalidad de los casos la posibilidad de una mayor eficacia tendrá que ser más valorable aunque tenga que ser compartido el secreto.

Además, para poder ejercer este tipo de medicina libre, como un verdadero arte, son necesarios una serie de valores espirituales, religiosos, profesionales, etc., y si estos valores están en crisis es lógico que también lo esté esa forma de quehacer médico. Es indudable que el prestigio del médico, individualmente considerado, es cada vez menor, ha pasado a ser otro profesional: posiblemente la socialización de la medicina sea la causante de ello ya que se ha dicho que el prestigio social del médico disminuye a medida que la medicina se socializa. Además el ejercicio libre, sobre todo en determinadas especialidades y siempre que pueda moverse dentro de unos medios que no son de excepción para el diagnóstico y tratamiento y no se trate de procesos complejos, es posible mantenerlo, además en muchas ocasiones es el propio médico el que se queda, ante problemas difíciles, con la insatisfacción de no haber puesto medios que individualmente no están a su alcance y que le es imposible aplicar en aquel caso concreto por razones de toda índole desde las de tipo meramente profesional o técnico hasta aspectos de tipo económico.

Nuestra propia prosperidad crea al hombre un nuevo conjunto de problemas, unos médicos y otros no, con la particularidad de que hasta hace pocas décadas el tránsito era gradual y fácil la adaptación, hoy el medio

está cambiando tan rápidamente que los procesos de adaptación biológica, mental y social no pueden mantener su ritmo. Con los cambios en la medicina ocurre algo parecido; el hombre tiene que vivir en condiciones cada vez menos naturales, es necesario adoptar los nuevos métodos de prevención y tratamiento a la nueva fenomenología que se nos presenta y entonces es imprescindible que creemos una tecnología protectora va que muchos de esos daños son causados por el desarrollo de las propias técnicas en ámbitos diferentes al de la medicina. Lo que no tendremos que hacer nunca es depender exclusivamente de las técnicas ni correr de un invento terapéutico protector a otro más complejo y costoso que el anterior ya que terminaríamos gastando gran parte de nuestra energía defendiéndonos contra la amenaza de un medio que es creación nuestra, sacrificando los valores que hacen la vida digna de vivirse. La tecnología científica nos ha hecho tan poderosos que no debemos olvidar el modo de vida que deseamos para que no terminemos en un fárrago de tecnologías que con el tiempo nos corroerán el alma.

Los problemas del enfermo en el hospital colectivo y altamente tecnificado de hoy y no digamos en el futuro son más que nunca, aparte de los problemas terapéuticos, problemas humanos; si el enfermo es comprendido y tiene opción a tomar parte activa en las decisiones que están en relación con su evolución aprovechará más las ocasiones que se le ofrecen de curar, pero si por el contrario es únicamente un agente pasivo que sólo debe obedecer, sin participar, es poco probable que su evolución sea para él una motivación.

REACCIONES DEL ENFERMO ANTE LO TECNICO Y LO HUMANO

Por la señorità MARYSOL GASCUE

Me piden que participe en este coloquio sobre humanización del hospital y que les hable desde mi experiencia de enferma, durante mi estancia de dos meses en la Clínica San Juan de Dios de Pamplona. Les aseguro que me da mucho reparo, y sólo he aceptado este encargo porque creo que es un deber agradecer de esta manera a cuantos allí he conocido o me han prestado innumerables cuidados durante este tiempo.

ACCIDENTE Y PRIMERA REACCIÓN

Para quienes no conozcan el motivo de mis vacaciones en San Juan de Dios, aclararé que mi ingreso en tal lugar se debe a que el día 12 de febrero, cuando nos dirigíamos al hotel, después de asistir a la ceremonia religiosa de la boda de un primo, sufrí un aparatoso accidente de coche en el cual quedamos mal heridos los cuatro ocupantes del vehículo que yo conducía.

Al recobrar mi conocimiento me encontré en una habitación totalmente desconocida, era el quirófano de la clínica. Mi primera pregunta fue enterarme dónde estaba. Mas mi despertar sólo duró una fracción de segundo y volví a perder el conocimiento. Al despertar de nuevo, lo primero que sentí fue un inmenso dolor por todo mi cuerpo, sin que pudiese localizar el mismo en ningún punto. Lo que me dolía era todo mi cuerpo, de la cabeza hasta los pies. Cualquier movimiento

aumentaba el dolor de modo atroz. Sin embargo, no sentí temor de morirme. Creo que no me di cuenta de la gravedad. Una prima me tenía el brazo mientras me ponían el suero en el momento mismo de mi despertar. Luego me acordé de mi madre. Me dijeron que estaba herida sin ningún cuidado y me lo creí.

A las pocas horas, al ver que iba a durar algún tiempo mi recuperación (nunca pensé iba a estar tantos meses sin reintegrarme a la vida normal) sentí una inmensa pena al perderme mi curso de esquí programado para la semana siguiente al accidente; para mí el deporte de la nieve supone una de las alegrías mayores, la verdad es que sentí una tremenda decepción.

Al cabo de algún día más vi, por los cuidados que me daban y la atención de todas las visitas, que debía estar peor de lo que me creía. El dolor, además, persistía si cabe mayor aún. Ante tal panorama sentí verdadero temor por preguntar cómo se encontraba mi madre y los otros dos ocupantes del coche, pues temía me ocultasen la verdad.

EXPERIENCIAS DIVERSAS

Como detalle notable de mi vida en la clínica, debo decir que una de mis experiencias más sorprendentes es que en el continuo contacto con médicos y sanitarios, jamás pude sospechar tuviera que exhibir toda mi anatomía sin ponerme de cincuenta colores. Me experiencia en este caso es que no se ve al hombre como tal, sino al médico.

Otra experiencia: La del dolor. Quizás por la influencia de las hermanas que me asistían o de los religiosos, el caso es que el dolor como vivencia negativa lo convertí en algo positivo y supe aceptarlo como una prueba más, ofreciéndolo en favor de una causa.

Una de las facetas que me ha sorprendido de verdad es la categoría de la amistad. Puedo decir que mi estancia en la clínica me ha revelado por primera vez la amplitud de ese sentimiento de amistad y la sinceridad de la misma por tratarse de personas que querían únicamente demostrarme su recuerdo hacia mí. Son muchos los que dicen que el recuerdo no sirve para nada cuando se trata de una prueba material. En mi experiencia debo decir que, aun cuando pasé muchos días agobiada de dolor, me satisfacía de modo muy hondo el ver cómo personas que yo consideraba como simples conocidos venían a verme y preguntar sobre el curso de mi recuperación.

En tal aspecto tengo que confesar que apenas si he vivido un auténtico sentido de soledad. Eran tantas y tan repetidas las visitas que entre las horas dedicadas a las curas, los servicios sanitarios y las visitas de rigor, que apenas me dieron tiempo para verme sola de verdad.

Por lo demás, a juzgar por mi experiencia, creo que

el paciente en el caso al menos de las heridas, es quien menos se da cuenta de la situación exacta en que se encuentra.

GRAVEDAD DEL ACCIDENTE

Así, pues, yo creía que mi accidente me duraría unos días nada más; cuando me escayolaron y vi que la cosa iba para largo, quedé tan sorprendida como si me hubiese encontrado sin un brazo o un pie.

Por cierto, aquí, tengo que señalar el pensamiento que pasó por mi imaginación, al ver cómo durante tantos días, ni mi brazo, ni mis piernas me servían. No me obedecían, ni podía en modo alguno utilizarlos.

Llegué a pensar: ¿Y si me tienen que cortar un miembro? ¿Será posible que quede para siempre inútil? Mas tengo que admitir que sólo fue un pensamiento que venía a ratos, pero no como un tema real, sino algo como realmente lejano.

No obstante, pude comprobar que mi recuperación era para más largo aún de lo que podía imaginarme. En dicho sentido, todos los médicos han actuado con una táctica consumada para tenerme engañada, de modo que de manera lenta y gradual me fui dando cuenta de cómo había estado. Por tal causa, y sabiendo el desconocimiento de mi gravedad, sentí más temor porque mi madre no pudiese superar su situación, cada vez que tenían que ponerle suero o transfusión de sangre —que fueron muchas— me alarmaba y sus complicaciones suponían una inquietud más para mí.

RELACIÓN PACIENTE Y MÉDICO

En la rutina del horario de curas, visitas y cambio de posición, la hora más interesante para mí, era la llegada del médico.

No cabe duda que constituía el momento más esperado de la jornada. Si el doctor no decía nada, mi decepción era total. Por eso cada palabra, cada gesto, eran luego motivo para mí de interpretación.

Como da la casualidad de que parecía se empeñaban dichos médicos en hablar en clave, una se quedaba con más ganas de explicación que antes de la visita del doctor. Mas mi experiencia no me enmendaba, volvía a esperar la visita y vuelta de nuevo a intentar en vano interpretar una palabras que lo mismo podían suponer una cosa, como al revés.

Creo que uno de los momentos culminantes entre mi afán por interpretar lo que querían decir los médicos y la realidad, fue cuando después de la operación quirúrgica que sufrí, me escayolaron el brazo y se mencionó algún plazo como probable período de quietud. Entonces vi que decían algo muy cercano a lo que podía comprender y que efectivamente la quietud

del brazo iba bien con mi recuperación. Fue una nueva confianza la que adquirí.

En tal capítulo, la influencia del médico sobre el paciente es global, o al menos así lo ha sido en mi caso particular. Por de pronto el paciente se entrega en manos de la técnica, lo mismo que el ciego en manos del lazarillo que lo lleva por las calles de gran circulación. Una se entrega sin reservas y con una confianza sin límite, lo mismo se trate de una simple inyección o una transfusión.

Yo diría que la postura constituye una mezcla de confianza, resignación y esperanza a la vez, hasta el punto de que ponemos el máximo empeño en seguir las instrucciones con más fidelidad. Es decir, todo el panorama presente y sobre todo, la perspectiva de un futurible cuya dimensión el enfermo desconoce, se centra o queda polarizada en torno a lo que el médico dice o deja adivinar.

En ese terreno cualquier médico con un mediano sentido del tacto y del trato disfruta de un auténtico carisma sobre el paciente, destinado a permanecer una temporada bajo su dirección.

Se trata de una influencia tan enorme que las 24 horas siguientes de la jornada, quedan influídas por el simple gesto o la frase dicha como por casualidad durante los momentos de su visita cotidiana.

Se puede afirmar que el enfermo se siente aliviado, incluso sin dolor, cuando percibe que el médico no da mayor importancia a sus molestias habituales. Sin dejar de prestar atención especial por los detalles y el proceso de la enfermedad.

Ahora voy a pasar al aspecto de mi situación como meramente pasivo en comparación de la tarea normal de persona activa durante mi vida desde que llegué a la mayoría de edad.

Debo confesar que nunca había permanecido tal número de semanas totalmente inerme y sin medio alguno para servirme. Todos y cada uno de los movimientos aumentaban mi dolor y mis familiares, enfermeras o hermanas de la clínica se encargaban lo mismo de asearme como de darme de comer o asistirme en mis necesidades. Era exactamente igual a un niño que contempla impotente la llegada del ayudante encargado en apoyarme en la necesidad de turno. En esta situación recordé el dicho, «querer es poder» y me hice el propósito de valerme por mí misma y a fe que casi lo conseguí, pues hasta he aprendido a escribir con la mano izquierda.

Dicen que los árboles no dejan ver el bosque. Creo en tal sentido que el afán cotidiano de los trabajos de cada día, nos impiden el contemplar nuestra vida con cierto sentido de serenidad y proyección.

Vivimos, o al menos yo, he vivido estos últimos años, tan inmersa en el trabajo sin fin de cada jornada, que no puedo por lo general terminar, que apenas si me di cuenta, hasta ahora, de que han pasado un buen número de años de mi juventud.

Durante estas semanas he visto creo, con mayor claridad la cantidad de buenas gentes que hay en todas partes o que al menos he tenido la inmensa suerte de encontrarme en el camino. Me refiero a que he podido comprobar cómo hay muchísima gente con profundo sentimiento humano a todo nivel.

Probablemente en la vida diaria tenemos que discutir y luchar con exceso los detalles de mil cosas, de modo que nos dejamos llevar por el aspecto negativo de las personas, en lugar de fijarnos en la faceta positiva de éste y aquél

Otro detalle sin duda claro. En una comunidad se habla o se critica la actitud de un miembro que destaca por haber hecho algo escasamente ejemplar. Sin embargo, se silencia la actividad de veinte personas cuya característica es el cumplir en silencio con su deber y ejemplaridad. Mas como no hacen nada digno de llamar su atención de modo espectacular, no se habla para nada de ellos.

Es acaso en una clínica donde se puede observar a ese mundo de gentes de condición humana ejemplar, que pasan por nuestro lado sin que hayan recibido jamás, ni el homenaje de un reconocimiento, ni el agradecimiento de su cristiana colaboración.

Yo puedo afirmar que mi marginación de los cien problemas de trabajo cotidiano me han brindado la ocasión de fijarme en ese capítulo de la primacía de las buenas gentes —mayoritaria sin duda—, sobre las que dejan mucho o poco que desear.

Es pues un sentido de optimismo por comprobar la vitalidad de las virtudes humanas el que he sacado de mi estancia durante todas estas semanas de inactividad.

A LOS QUE SE DEDICAN A LOS ENFERMOS

Quizás, si todos cuantos se dedican a los enfermos viesen la influencia que pueden ejercer sobre sus pacientes y cómo ese impacto luego habrá dejado huella sobre ellos, cuidarían muchísimo más cada servicio y cada simple visita a la que se halla pendiente de una inyección o un calmante para su dolor.

En definitiva, al margen de la obligatoriedad, es un abismo el que existe entre la prestación de un servicio con espíritu fraternal y el cuidado rendido con gesto despectivo de quien lo hace porque no tiene ningún medio de eludir aquella obligación.

El enfermo percibe esas diferencias con sensibilidad. Es por eso que el apostolado de un clínica no tiene límites ni en dimensión ni en continuidad.

Yo he tenido la dicha, lo digo de corazón, de haber recibido lo mejor que podían darme: Esperanza y trato familiar.

NOTICIARIO

HOSPITALES | PASTORAL

N-P

ROMA

LA PASTORAL HOSPITALARIA ILUMINADA POR LAS ALTAS JERARQUÍAS DE LA IGLESIA

En los primeros días del pasado septiembre las agencias de información dieron la noticia de la carta enviada por el cardenal Jean Villot, a la XXIII Semana Litúrgica Nacional. En ella explicaba el Señor Cardenal cómo «debe ponerse especial cuidado en la actuación pastoral dirigida a explicar al hombre contemporáneo, frecuentemente inquieto y defraudado, este mensaje de esperanza, fuente de auténtica paz y de sereno equilibrio espiritual. Y como la vida presente está proyectada hacia la segunda venida del Señor, en la práctica cristiana es necesario que adquiera un relieve especial la pastoral de los enfermos y la liturgia de los difuntos, tal como oportunamente se expondrá en las lecciones del congreso, preparando de esta forma a los fieles para los nuevos ritos de la unción de enfermos que la Santa Sede está a punto de promulgar».

Esta noticia debe llenarnos de satisfacción y alegría a todos los que nos dedicamos a la asistencia y cuidado de los enfermos.

Con tal motivo el Hermano Provincial de los hermanos de san Juan de Dios al ser informado de este hecho agradable envió al cardenal Villot el siguiente telegrama:

CARDENAL VILLOT Secretaría de Estado Città del Vaticano

Día clausura jornadas Conferencia provincial hermanos San Juan de Dios provincia Aragón, entre cuyos temas han merecido atención especial los relacionados pastoral enfermos, cuyas ideas difunden hermanos San Juan de Dios a través revista LABOR HOSPITALARIA, nos llega noticia mensaje enviado vuestra eminencia Semana Litúrgica Italia, instando dar importancia estudio pastoral enfermos. Manifestamos nuestra satisfacción feliz idea beneficiosa asistencia espiritual enfermos.

> Firmado: hermano Ramón Ferreró Tolosa, provincial. Curia hermanos San Juan de Dios Barcelona 14

A continuación transcribimos para los lectores de LABOR HOSPITALARIA, la importante información sobre este tema, de candente actualidad, escrita para Ecclesia, por Rafael L. Jordán.

ACTUALIZACIÓN DE LA PASTORAL HOSPITALARIA

INTERESANTES SUGERENCIAS PARA EL APOSTOLADO DE LOS ENFERMOS

Para la finalidad que en el título anunciamos, se efectuó en Roma un Encuentro de los capellanes de los hospitales y clínicas, de otros sacerdotes empeñados en la asistencia a los enfermos y de algunas religiosas consagradas a similar tarea caritativa. Tal reunión coincidió con un momento de terremoto en muchos sitios de cura, que ha movilizado la preocupación de las autoridades civiles y de las fuerzas sociales y políticas. Lamentablemente, se va abriendo camino la realidad de que tales lugares son «empresas de tipo industrial y, a veces, aun comercial, conducidas por eso con los criterios propios de tales empresas». Se olvida que está de por medio algo muy sagrado. Esta realidad hace hoy que la presencia de la Iglesia sea más completa y articulada con mayor variedad operativa. Sin declinar de la subsistencia doctrinal de su compromiso pastoral, debe buscar nuevas formas de aplicación ministerial.

De ahí surge la insistencia de la expresión apostolado de conjunto, de todos los operadores del bien en tal ambiente (médicos, enfermeras, sacerdotes), entre otros objetivos, para que entre todos se apoyen, a fin de que no descienda de nivel la tarea de socorrer al que sufre y se aleje de unos y otros la tentación de la superficialidad.

Monseñor Angelini tocó una tecla delicada al declarar que la tentativa de reducir al mínimo el ministerio pastoral para separar la subsistencia —así algunos dicen— de los oropeles triunfalistas, de las formas no sentidas, de las manifestaciones lesivas de la dignidad humana, etc., constituye una prueba de pobreza sobrenatural y de riqueza de secularización. Es menester que todos afirmen el amor a Dios, a Cristo, a la Iglesia y a los hermanos, en la perspectiva poliédrica del valor hu mano y sobrenatural del dolor físico y espiritual.

También el capuchino padre Bronzetti tuvo acentos polémicos contra quienes quieren que se realice sola o principalmente la evangelización, descuidando como secundario el apostolado sacramental, que sería inútil sin aquélla. Hizo caer en la cuenta que aun la vida sacramental es precedida o acompañada por la evangelización.

Los modos más eficaces para extender el ministerio de la palabra en el ambiente hospitalario, son: 1) la conversación individual, para adecuar a cada uno el mensaje, pero sin que la visita sea oficializada e institucionalizada (siempre del mismo modo, a la misma hora, con rapidez); hay que aproximarse al paciente y al personal que lo atiende, con calma, tiempo y a la hora más apropiada para cada uno; 2) la misa festiva en el templo, con participación activa del personal y de los enfermos (cantos, lecturas, oraciones adaptadas) y la correspondiente homilía; 3) la misa en las salas (para quienes no puedan ir a la iglesia), con solemnidad y sin temor de violar la libertad religiosa (con educación y caridad es fácil superar eventuales dificultades); 3) el aprovechamiento de toda fiesta, aun secundaria (sobre todo en el tiempo pascual), para incrementar el apostolado de la palabra; 4) la búsqueda del personal en cualquier parte, dada la dificultad de reunirlo a horas fijas; 5) la utilización de la liturgia de los difuntos; jamás hay que dejar de hablar en esa circunstancia, aunque sea brevemente.

El padre Di Menna, Camilo, recordó la instrucción Eucaristicum Mysterium. Subrayó, además, que el tiempo de la hospitalización es favorable ocasión para recrear un interés religioso, quizá sofocado fuera por las tareas cotidianas.

UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Tratando de este sacramento, el padre Berti, O.S.M., afirmó que el más grande, eficaz y rápido medio para hacer presente a los cristianos que la Iglesia, por misericordia de Cristo, posee el don de una medicina espiritual para el alma y el cuerpo de los enfermos, es la bien preparada y solemne celebración, de cuando en cuanto o en fechas fijas, de la misa para los enfermos. En el ofertorio habría de procederse a una apropiada oración de los fieles, con el ofrecimiento de los sufrimientos de parte de los enfermos y la administración del Óleo santo a todos los bien dispuestos. Tal misa podría ser concelebrada por sacerdotes sanos y también por algunos enfermos, ya estén en pie, en silla de ruedas o en camilla. Alguna vez sería útil transmitirla por radio, televisión, eurovisión y vía satélite.

BILBAO

I JORNADAS DE PASTORAL SANITARIA

Durante los días 18 al 22 de setiembre se han celebrado estas Jornadas de pastoral sanitaria, organizadas por la Vicaría de pastoral de Bilbao. El programa iba dirigido a capellanes, religiosas, enfermeras, asistentes sociales y todos cuantos de una u otra forma se relacionan con el enfermo.

A lo largo de las Jornadas se ha pretendido dar una visión del enfermo como persona humana, al que la enfermedad pone en una situación crítica con claras repercusiones en lo psíquico, en lo social y en lo religioso. Se ha advertido el peligro de deshumanización de la medicina con la consiguiente despersonalización del médico y del enfermo, cada vez más abrumado por la sociedad.

Han asistido más de 100 personas procedentes de diversas ciudades españolas, a pesar de ser Jornadas exclusivas de la diócesis de Bilbao.

TRABAJO DE LOS GRUPOS Y VISION DE CONJUNTO

Los asistentes fueron distribuidos en ocho grupos, compuestos por sacerdotes, religiosas y seglares, en número de diez a doce personas cada uno.

Estos grupos se reunían por la mañana y por la tarde, después de cada ponencia, y se hacía la puesta en común antes

de la conferencia de la noche.

PRIMER DÍA

Las ponencias de este día fueron: «Psicología y Problemática de la persona enferma» y «Relaciones humanas entre el personal sanitario y la persona enferma».

Las preguntas formuladas a los grupos pueden resumirse

- ¿El hospital en que usted trabaja, en cuanto a organización asistencial, cree que tiene suficientemente en cuenta los aspectos psicológicos del enfermo?
- ¿Cómo podría mejorarse la atención a estas necesidades de la persona enferma?
- ¿Lo arquitectónico y la distribución de servicios favorece las relaciones humanas y los aspectos psicológicos del enfermo y de la familia?

Las respuestas, muy numerosas, las resumiremos así:

- Faltan conocimientos psicológicos y falta preocupación e interés por estos aspectos, tanto en el personal de enfermería como en los médicos y en la dirección.
- · Hay salas grandes o habitaciones de varias camas; mala distribución de los servicios; falta ambientación agradable.
- · Reglamentación y organización anticuada; así unas veces es poco flexible y en otras hay falta de criterio.
- · No hay, por lo general, servicio psicológico y de psicologización, que detecte y oriente en estos problemas al personal en todos los niveles.

SEGUNDO DÍA

Ponencias que se desarrollaron: «La enfermera y el personal de enfermería» y «La asistente social: Su función con los enfermos».

El cuestionario que se propuso a los asistentes fue:

- La preparación profesional recibida ¿la cree completa y adecuada a su función?
- El personal técnico (auxiliares de clínica, laborantinas, etcétera) ¿reciben una formación adecuada?
- En la selección y promoción del personal ¿se tiene en cuenta su preparación técnica y su vocación? ¿El Centro promociona al personal? ¿Y la Institución Religiosa?
 - ¿Se valora la labor de la asistencia social?

Resumen de las respuestas:

- · Debido al progreso de la asistencia médica, los conocimientos adquiridos hace años han quedado muy atrasados.
- · Preparación profesional poco adecuada; muchos conocimientos médicos y pocos de enfermería.
- El mayor fallo está en una deficiente preparación humana; falta estudios de psicología, sociología, etc.

- La mayoría afirma que el personal técnico no recibe una preparación adecuada y no se le orienta para que adquiera la formación por la práctica diaria. (Algunos indican que hay Centros que se preocupan de dar esta formación técnica.)
- La selección del personal se hace, fundamentalmente, por conocimientos científicos y técnicos, o se hacen test o entrevistas que descubran las cualidades y las aptitudes de la persona.

• En la promoción, por lo general, se tiene en cuenta la preparación técnica y el rendimiento en el trabajo.

- El centro hospitalario y la institución religiosa, en general, ni dan ni facilitan una formación permanente que vaya promocionando a las personas. Se señalan progresos lentos en este camino.
- Se pide: Que haya posibilidad de promoción del personal por medio del trabajo y de cursos programados; y que haya un estatuto que defina los diversos cargos y que delimite las funciones propias de cada uno de ellos.

En relación con la asistencia social se dijo: Sólo existe en centros hospitalarios grandes. — Su función en el medio hospitalario es poco conocida. — No forman parte de ningún equipo hospitalario. — No tiene coordinación con otros departamentos o servicios. — Dependen directamente, por lo general, de la administración, que es quien utiliza sus servicios.

TERCER DÍA

Temas que se trataron: «La enfermedad, prueba para la fe» y «Encuentro pastoral con la persona enferma».

Las preguntas propuestas para centrar el diálogo fueron:

- ¿Cuáles suelen ser los centros de interés en el encuentro personal con el enfermo?
- ¿Qué dificultades experimentan en orden a una evangelización de los enfermos?
 - ¿Qué sugerencias aporta para una pastoral de enfermos?

Respuestas habidas:

- En principio, interés por su estado físico; luego, conocer su situación anímica; así ir anudando lazos de amistad e ir descubriendo sus problemas para llegar a conocer al hombre en su totalidad y acogerlo como persona y aceptarlo como es.
- En lo religioso el principal centro de interés suele ser llevarle a la recepción de sacramentos y ayudarle a una aceptación de la enfermedad.

Las dificultades para una evangelización son muchas:

- Tiempo de estancia en el hospital: Suelen ser cortas y no es fácil la evangelización, por lo que sólo se intenta la sacramentalización.
- Situación anímica del enfermo: Está preocupado por su enfermedad y por las consecuencias personales, familiares, y socioeconómicas que le puede acarrear.
- Cuando se les habla de lo religioso piensan en los sacramentos y lo enlazan con el peligro de muerte, lo que les asusta y los impulsa a rechazar lo religioso.

 Cada vez es más frecuente encontrarse con enfermos con indiferencia o rechazo de las prácticas religiosas.

— Dificultades por parte de uno mismo: Falta de tiempo, por exceso de trabajo y de preocupaciones.

 Falta de preparación catequética para saber qué decir y cómo decirlo.

- Respeto humano mezclado con un falso respeto a la libertad.

- A veces, antitestimonio personal.

Las sugerencias han sido múltiples: Es totalmente necesario trabajar en equipo y tener un plan organizado de pastoral. — Hace falta material formativo y educativo, como revistas, libros, etc. para dejar al enfermo. — Capellanes vocacionados y adecuadamente preparados. — Formar al personal para que pueda tomar parte activa en la acción pastoral del Centro. — En cuanto sea posible el encuentro pastoral ha de ir precedido del encuentro personal. — Que haya un conocimiento de los valores de la persona y de su situación religiosa, para desde ahí avanzar en el encuentro con Dios. — Buscar el medio de dar a conocer al enfermo, desde su ingreso, la existencia del servicio religioso y la visita del capellán.

CUARTO DÍA

Incluye las siguientes ponencias: «El equipo de pastoral en el Centro Sanitario» y la titulada «Teología de la enfermedad».

Las preguntas fueron éstas:

- Logros y dificultades que se comprueban en la acción pastoral.
- Sugerencias para una acción pastoral en equipo: a escala de Diócesis, a escala de Centro.
 - ¿Se nota que somos creyentes cristianos?

Respuestas recogidas:

- Los logros que se comprueban en la acción pastoral, lo han sido por una acción individual, no por acción en equipo.
- Se señala avance en la mentalidad; se dice que se considera a la persona humana en todas sus dimensiones; se va pasando de una pastoral sacramental a una pastoral de evangelización, más de diálogo y más respeto a la libertad.

Dificultades en la acción pastoral:

• Religiosas y capellanes enviados a los centros hospitalarios sin la adecuada preparación básica.

• Pluriempleo en algunos capellanes.

- Desconocimiento de una técnica de pastoral.
- Falta de unión y apoyo entre los capellanes y entre éstos y la comunidad religiosa.

Como sugerencias, aparte de subsanar los fallos anteriores, se proponen:

A nivel de Centro: Que se programe y planifique el trabajo pastoral. — Empezar a andar formando grupo con otras personas aunque no se pueda, en principio, formar equipo — Que el Centro reconozca la asistencia religiosa como un servicio más de la organización hospitalaria. — Sensibilización del personal mediante charlas o reuniones.

A nivel de Diócesis: Crear una Comisión Diocesana de Pastoral Sanitaria. — Conectar con las asociaciones confesionales sanitarias. — Organización de cursillos, conferencias, etcétera, que sirvan de orientación y empuje a los Centros y que ayuden a la puesta en marcha de los equipos. — Contacto estrecho con las parroquias, para ayudar en la planificación de la pastoral del enfermo no hospitalizado.

Como signos principales que distinguen al creyente se señalan: — La abnegación, la constancia, la paciencia, el sacrificio. — Se dice que es necesaria una profundización en el misterio de la enfermedad y del dolor para así acercarse a la persona enferma con todo respeto y todo el amor que exige el hecho de ser persona y de estar enferma.

QUINTO DÍA

Ponencias desarrolladas: «El Hospital moderno: lo positivo y lo negativo.» Fue seguida de un trabajo de grupo que

aportó pocas cosas, ya que la novedad y falta de experiencia en el tema no favorecía la aportación personal. «La Religiosa sanitaria en el hospital de hoy.» Al final hubo un interesante coloquio, por lo que se suprimió el trabajo de grupo.

VISION DE CONJUNTO

— El sanitario recibe, en general, una preparación científico-técnica suficiente y según esta formación se le juzga.

 Se ve la falta de una preparación humanística y de una valoración de las aptitudes para el servicio al enfermo.

— Hay mucha separación entre los diversos estamentos sanitarios por lo que va a ser difícil una medicina de equipo y aun el mismo equipo de pastoral.

— Tenemos una Fe que no ha pasado por el catecumenado y ahora no sabemos catequizar a otros. No sabemos cómo presentar a Cristo para que se le acepte ni cómo ayudar al enfermo en su encuentro personal con Dios apoyándose en la enfermedad.

 Hay buena voluntad para una acción pastoral evangelizadora en equipo, pero la postura es más bien de expectativa y espera.

CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de las Jornadas hemos ido reflexionando y tomando conciencia de la realidad actual y de la problemática presente en el mundo sanitario. Y hemos ido viendo cómo el progreso científico, los cambios sociales y una nueva mentalidad influyen en la persona humana, tanto en la persona enferma como en el personal sanitario.

Es tal la complejidad hoy y el volumen de lo sanitario, que hace necesaria una pastoral especificada y adecuada al mundo de la salud. Una pastoral que ha de tener como objetivo preferente al enfermo, pero que debe extenderse también al personal sanitario, en sus diversos estamentos, y a la organización y estructuras que conforman la sanidad.

1.ª Hemos comprobado nuestra realidad y por ello concluímos la necesidad de una educación permanente y la urgencia de una actualización en el campo pastoral, para poder prestar un servicio adecuado a la persona enferma.

2.ª Para llevar a cabo el punto anterior consideramos necesario que se cree un equipo diocesano responsable de la pastoral sanitaria. Este equipo estaría integrado en la Vicaría General de Pastoral como un servicio técnico de la misma y con la función de iluminar y orientar en la educación permanente y de ayudar e impulsar a la acción en el campo propio.

3.ª Al equipo diocesano se le pide que, a plazo corto, promueva reuniones de los diversos estamentos que componen el mundo sanitario y que organice charlas o conferencias que faciliten una profundización en aspectos concretos de la pastoral y una puesta en marcha de una acción conjunta.

4.ª Los asistentes a estas Jornadas tenemos el propósito de formar un equipo de pastoral en el centro hospitalario donde trabajamos, para una reflexión cristiana sobre la realidad que nos circunda y para una planificación de la acción pastoral consecuente. Y esperemos que el equipo diocesano nos ayude a descubrir modos y medios de ponerlo en práctica.

5.ª Vemos muy necesario el facilitar y exigir una preparación pastoral específica a los capellanes de los centros hospitalarios y a los profesores de religión y moral en las escuelas de A. T. S.

6.ª Finalmente, afirmamos que la asistencia religiosa en un centro hospitalario es una consecuencia y una exigencia del derecho del enfermo a una asistencia completa a su persona. Por ello, creemos que el servicio religioso debe estar integrado en el organigrama del hospital con todas sus consecuencias.

I. L. R.

N-H

MADRID

EN LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD Y EL DOLOR, POR UNA ASISTENCIA HOSPITALARIA MÁS HUMANA

IV ASAMBLEA MÉDICA DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE SAN JUAN DE DIOS Y DEL SAGRADO CORAZÓN

En definitiva este es el móvil que ha reunido en el hospital infantil de San Rafael de Madrid, a más de un centenar de personas: religiosos y religiosas de las Instituciones de San Juan de Dios y del Sagrado Corazón, superiores o delegados, y directores facultativos de los varios Centros de España. Comisión Organizadora de la Asamblea, y presidiendo, los Padres y Madres Superiores Mayores.

La IV Asamblea está programada para marzo del 1973. Sin embargo en su etapa preparatoria se están dando pasos importantes. Porque no se trata de un mero acontecimiento científico, sino de llegar al conocimiento real de la problemática hospitalaria en ambas instituciones, y así buscar una asistencia al enfermo más humanizada en función de las exigencias actuales y futuras dentro del campo sanitario

Y uno de estos pasos ha sido, precisamente la citada reu-

nión, de la cual damos cuenta a grandes rasgos.

Un trabajo serio de preparación con la planificación consiguiente, llevado a cabo por la Secretaría General de la IV Asamblea, previas sesiones de estudio en juntas de la comisión organizadora, y la respuesta generosa por parte de los asistentes, nos da como resultado un balance francamente positivo, con serena toma de conciencia y la subsiguiente realidad de un programa de acción, bajo dos líneas de fuerza abiertamente destacadas: coordinación, colaboración, sentido cristiano de unidad; promoción permanente de personal de Centros.

La mecánica de coordinación de trabajo traía: conferencias, reuniones paralelas, asamblea parcial, asamblea general.

Conferencias. Fueron magistrales. A cargo del doctor Adolfo Serigó, de la Dirección General de Sanidad y de don José Luis Gutiérrez García, Subdirector de la BAC. Terminaremos este trabajo con una síntesis de las mismas. Contribuyeron poderosamente a crear un clima de reflexión y apertura que sería ya la tónica de las jornadas.

REUNIONES PARALELAS. Se centró el trabajo en seis grupos perfectamente definidos: Superiores mayores, con presidente y secretario-moderador general; pastoral hospitalaria; problemática hospitalaria; centros psiquiátricos; centros de rehabilitación mental; centros de rehabilitación física médico-quirúrgicos.

Se abordaron los temas propuestos por la comisión organizadora y la de problemática hospitalaria, referidos a lo específico del grupo correspondiente. Debe constar que las sesiones fueron de tono positivo, y prueba de ello es que tras la exposición de moderadores-coordinadores grupales, en Asamblea parcial y general, quedaron admitidos para estudio y elaboración de Ponencias los Temas siguientes: posibilidades de docencia en relación con la Universidad y otros organismos docentes; posibilidades de relaciones con la Seguridad Social; relaciones con otros organismos estatales y paraestatales; situación y prospectivas de la pastoral sanitaria en orden a la humanización del hospital; situación profesional y laboral del personal religioso y seglar en los centros; coordinación interhospitalaria; labor del servicio de asistencia social en los hospitales; relaciones interpersonales entre los distintos esta-

mentos del hospital; selección y formación permanente del personal del hospital; relación entre médico y religioso o religiosa-enfermo (a), hospitalario (a); estudio sobre la creación de un organismo (secretariado o comisión, que se encargue de la coordinación general y estudie problemas comunes).

En grupos y en asambleas se comprobó unánimemente la urgente necesidad de trabajar unidos hasta el logro de la solución de los dos problemas básicos ya señalados.

Promoción permanente-coordinación y como consecuencia de un inquietante anhelo que late en todos, se pide, podríamos decir que por aclamación, la creación del Secretariado Permanente Nacional con carácter informativo, de gestión y asesor, que bajo la orientación de los superiores mayores llegará a conseguir la debida coordinación, una vez que ellos mismos perfilen y aprueben el reglamento, elaborado en estas activas y eficaces jornadas de trabajo, previas a la IV Asamblea.

Este acuerdo bastaría por sí solo para dar por buena la reunión, pero hay otros pasos muy valiosos respecto del éxito de la IV Asamblea: ámbito de Temática y de participación; planificación del trabajo de ponencias para la próxima reunión previa; cursos de dirección y administración hospitalaria.

No es posible seguir al detalle las acertadas intervenciones de doctores, y religiosos, pero no puede silenciarse la actuación del presidente de la reunión, doctor Juan Bosch Marín, del secretario de la IV asamblea y moderador general de la reunión, doctor Juan Pedro Moreno González; de los coordinadores-moderadores grupales, doctores Enrique Escardó, Ángel Díez-Cuervo, Jacinto Truchuelo y hermano José Luis Redrado O. H.; como igualmente la de los doctores Joaquín Plaza Montero del hospital San Juan de Dios de Barcelona, Simeón Selga Ubach de Manresa, Montaner Agustí de San Juan de Dios de Valencia, Carlos Santos Pérez de San Juan de Dios de León, Basurte de la Residencia de la Paz de Madrid, y hermano Ferreró. Religiosos y religiosas hospitalarios demostraron tener una santa inquietud, por una asistencia más humana, cosa muy digna de tenerse en cuenta.

Las religiosas hicieron presencia con un grupo compacto de selección entre las que destacamos a la madre provincial de la provincia de San José, María Luisa Garcés; madre Juana Pardo, delegada de la madre provincial de la provincia del Sagrado Corazón, y doctora sor Enedina González, delegada de la vice-provincia de Montserrat.

Fueron las citadas religiosas las que se responsabilizaron de redactar y presentar el acta de la reunión paralela de superiores mayores, que complementó, con las aclaraciones al caso, el doctor, hermano Ferreró.

No faltó la signación externa de que se trataba de una reunión de dirigentes de centros de la Iglesia: misa comunitaria con homilía de circunstancias, por el hermano Fausto Alcolea, O. H., vicario provincial de Castilla, y oración de los médicos, compuesta por Pío XII, rezada por el hermano Braulio Novella, capellán de San Rafael, y presidente de la sección de pastoral, y seguida con religioso silencio por los asistentes.

Hubo un recuerdo afectivo para el hermano Juan Grande Alcolea, ausente por enfermedad. El presidente, doctor Bosch Marín puso de relieve su destacada actuación en pro de la IV Asamblea, y todos los asistentes firmaron en el Libro, que el secretario había preparado previamente. En las atenciones que todos recibieron, por parte del hospital San Rafael, se palpó el dinamismo y cordialidad del vice-superior, hermano Ángel Encinar. Comida de fraternización en el Palacio de Exposiciones y Congresos, y ratos de convivencia demostraron una vez más la generosidad del centro, con su obsequiosa solicitud.

El hermano Antonio Zarzosa, superior provincial de Castilla, presidió el acto final de clausura de la reunión con breves palabras de satisfacción, de gratitud y aliento para continuar la tarea emprendida, en favor de la humanización de nuestros centros, según el espíritu de la Iglesia y de ambas instituciones hospitalarias.

SINTESIS DE LAS CONFERENCIAS DICTADAS EN EL HOSPITAL INFANTIL SAN RAFAEL

«LA ACCIÓN HOSPITALARIA EN LA DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA»

Previo: los grandes documentos sociales de la Iglesia no hablan expresamente, en forma detenida de la acción hospitalaria. Pero sí exponen y desarrollan criterios y normas con incidencia clara en dicha actividad.

FUNDAMENTALMENTE HAY TRES CONCEPTOS BÁSICOS PERFEC-TAMENTE DESTACADOS, Y QUE PUEDEN Y DEBEN ORIENTAR LA ACCIÓN HOSPITALARIA DE NUESTROS CENTROS.

- 1.º El principio de COORDINACIÓN, que se impone con toda urgencia. Lo que el Concilio ha dicho de la coordinación en el campo de la enseñanza universitaria debe trasponerse, casi literalmente, al campo del trabajo hospitalario. Coordinación que debe operar con mayor fuerza entre Instituciones católicas, y por supuesto que entre los diferentes órganos de una misma Institución. Pero que debe ampliarse a Instituciones ajenas a la propia preocupación apostólica.
- 2.º El principio de la AUTONOMÍA DE LAS REALIDADES TEM-PORALES, entre las cuales se encuentra la asistencia al enfermo. Una cosa es la motivación subjetiva del que presta esa asistencia al enfermo, y otra la realidad objetiva de esa asistencia sometida a leyes, métodos y exigencias ineludibles.

Y en estrecha conexión con este Principio está la necesidad, a veces no suficientemente subrayada —en la práctica al menos— de lograr en todo, y también por consiguiente en el orden temporal, la perfección máxima posible de la obra diaria que se lleva a cabo.

Todo prurito de acentuación excesiva del propio grupo, de la propia Institución, de la propia persona, debe ceder ante la exigencia de la perfección objetiva en las tareas.

- 3.º El principio de la prioridad de dos realidades complementarias de la acción hospitalaria, objetiva y finalísticamente superiores a ella,
 - las posibilidades inéditas de ejercicio que el hombre tiene a su alcance para salvaguardar el derecho a la salud.
 - y la primacía del enfermo y de su servicio en todo el complejo hospitalario.

No es el enfermo el que finalísticamente debe someterse a la organización, sino que esta debe ajustarse al enfermo. Por mucha que sea la organización, y por grande que sea el desarrollo técnico, prevalecerá siempre como protagonista de la acción hospitalaria el sujeto pasivo de la misma, esto es, el enfermo, a cuyo servicio tendrán que someterse cualesquiera tensiones Institucionales.

Relaciones con la Seguridad Social. Hoy día, la acción hospitalaria propia de las Instituciones que la caridad cristiana ha ido creando, tiene que plantearse la cuestión de su cooperación efectiva con la Seguridad Social, la cual merece juicio positivo por parte del Magisterio de la Iglesia, que a su vez, reitera la necesidad de que la autoridad estatal recabe en el ejercicio de la Seguridad Social la colaboración de la propia sociedad.

De esta manera, las Instituciones privadas de carácter hospitalario al concertar servicios con la Seguridad Social, no sólo pueden resolver problemas particulares de cada Institución, sino que, además, y sobre todo, se convierten al mismo tiempo en instrumentos de la participación activa, eficaz, de la iniciativa privada, también en el campo de la asistencia al enfermo.

Y junto con la Seguridad Social, es necesario tener en cuenta que quedará siempre un margen de dolor y de nece-

sidad en las comunidades civiles, que sólo puede ser asistido y cubierto por la beneficencia, simplemente humana, o mejor aún cristiana.

> José Luis Gutiérrez García Subdirectos de la bac

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE HOSPITAL VIEIAS IDEAS Y NUEVOS CONCEPTOS

INTRODUCCIÓN

Los hospitales están en crisis en el mundo entero. Son incapaces de llevar el impulso de crecimiento y encajar el impacto de las modernas técnicas de curar.

Desde el punto de vista económico, en los países más adelantados, la red hospitalaria es una de las más importantes industrias prestadoras de servicios.

En la mayoría de los países desarrollados, los costos de hospitales suponen el 50 ó 70 por ciento de los gastos de los programas sanitarios.

El rápido progreso tecnológico de nuestro tiempo ha producido un fuerte impacto en la vieja idea de hospital.

HOSPITAL Y HOSPITALIDAD

La palabra hospital está cargada de matices afectivos. El hospital era una Institución acogedora, hospitalidad, que cristalizaba la caridad del conjunto social.

El encarecimiento de los costes y la tecnificación de la medicina no ha hecho desaparecer ese concepto, sino que lo transforma.

Es preciso que la actividad asistencial del hospital se humanice, pero hay que pensar en que las funciones de asistencia social en sentido restringido, deben ser excluídas o muy limitadas y transferidas a otros establecimientos o ejercidas de otro modo.

HOSPITAL Y SOCIEDAD

Un hecho importante en la evolución del hospital es la proyección hacia la sociedad. Esto es, APERTURA del Centro a todos los enfermos, a los médicos, y extensión de la actividad de los propios enfermos. Esto supone una serie de requisitos:

- desarrollo de las consultas externas y cuidados domi-
- existencia de un activo Servicio de Asistencia Social,
- promoción de las Asociaciones voluntarias.

ASPECTOS DE LA FUNCIÓN HOSPITALARIA

Dos funciones básicas:

- Una función de asilo, hospitalidad en sentido estricto.
- Una función diagnóstico-terapéutica.

La primera tiene un sentido pasivo. No va con el concepto de hospital moderno.

La segunda hace del hospital una unidad con una finalidad, una empresa social, que busca el que los enfermos sean vueltos a la sociedad, después de ser resocializados. Es así el hospital un Centro de promoción de la salud.

Podría decirse que las facetas de actividad sanitaria son como los brazos de un tridente, que es en sí la función principal: Promoción de la salud; *la faceta sanitaria* en sus dos vertientes: preventiva y curativa rehabilitadora; *la enseñanza* que capacita al personal sanitario para un mejor ejercicio de su misión y *la investigación sanitaria*, terapéutica del mañana.

¿Qué queda de la primera faceta en el hospital moderno? Esa misión de acoger se ha transformado. El hospital sigue protegiendo a los enfermos internados, pero no con sentido pasivo, sino activo y rehabilitador, readaptador, resocializador.

EMPRESA HOSPITAL

Ante todo debemos abandonar el mito de las camas. No se debe construir un hospital si no hace falta. El dinero debe gastarse en el sostenimiento de los ya existentes. Debe estar en conexión con otros Centros. Hay enfermos que pueden ser asistidos en sus domicilios, o también en tratamientos ambulatorios. No debe retenerse inneecsariamente a los enfermos encamados.

COSTE EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES

El coste de estos establecimientos estará en razón directa de su eficacia como centro de cura. El problema del incremento de la eficacia de los hospitales se puede plantear así:

- evitar ingresos innecesarios de enfermos
- disminuir el número de estancia por enfermos, dentro de lo posible
- auto-control de la actividad hospitalaria.

El cuadro médico del hospital debe controlar la calidad de su función. Para eso es necesario:

- contar con un servicio de anatomía patológica
- reuniones frecuentes del personal médico para analizar su labor
- perfeccionamiento de las historias clínicas y análisis críticos de las mismas.

EL HOOSPITAL MODERNO

El hospital debe ser algo integral. En lo interno, trabajo de su personal en equipo. En lo externo integrarlo con el resto del equipo sanitario del país y con la comunidad a que sirve.

Deberá llegar a desarrollar la teoría de:

- cuidados comprensivos
- cuidados progresivos o graduados.

Cuidados comprensivos son los que se proporcionan a un enfermo de acuerdo con sus necesidades de forma apropiada, continua y dinámica. Se puede esquematizar como una serie de círculos concéntricos. El primero representaría al enfermo en su familia. El segundo supone una evaluación del enfermo en cuatro dimensiones: física, psicológica, social y económica. Por otra parte hay que determinar las modalidades del tratamiento, y el grado de extensión del mismo. Es así como se perfila el paso de los cuidados ambulatorios, domiciliarios y hospitalarios.

Cuidados progresivos o graduados. Es una idea proveniente de Edward J. Thons (1956). El hospital es concebido como una serie de unidades funcionales, cuya actividad es decreciente, y por tanto con menores necesidades de medios materiales y personales. Así se considera:

- unidades de cuidados intensivos
- unidades de cuidados normales
- unidades de cuidados mínimos.

Este sería el hospital del mañana, puesto que excepción hecha de las unidades de cuidados intensivos, las demás no se han abierto paso en nuestra vieja Europa.

Sería muy bueno reflexionar si nosotros los médicos y los religiosos hospitalarios hemos comprendido bien lo que es el hospital actual; ese sentido de empresa con una finalidad de promover la salud; y sobre todo si hemos olvidado nuestro viejo individualismo para trabajar todos en equipo. Sólo así, después de dar ese primer paso, nuestros hospitales serán modernos Centros de cura, ya que toda revolución y evolución, empieza siempre en el corazón.

Doctor Adolfo Serigó

BIBLIOGRAFIA

RAFAEL DE ANDRÉS

DIOS EN ONDA CORTA

Ed. Studium. Madrid 1972.

«Dios en onda corta», un libro que pretende ayudarnos a rezar, a tomar contacto con Dios, a verlo presente en nuestro actuar cotidiano, sencillo, sin rebuscamientos.

Una oración para cada día —365 oraciones— a las cosas, a las personas, a los acontecimientos. Un libro para reflexionar, para meditar.

José L. REDRADO

MADELEINE Y JACQUES-J. NATANSON «SEXUALIDAD Y EDUCACION»

Ed. Studium.

En principio los autores nos indican que nada nuevo intentan decir en este libro, pero nos llevan de claridad en claridad. Lo nuevo y lo bonito es insistir una vez más en que lo sexual es parte del hombre, le acompaña, le sigue siempre, y por tanto, no es algo tabú, misterioso, «vergonzoso», donde tenga que entrar la mentira o el silencio. Lo sexual debe estar integrado en toda la educación del hombre; hay que evitar las sorpresas y los miedos; hay que enseñar, educar con sencillez y claridad.

Los temas son interesantes y prácticos; después de cada capítulo, los autores dan aplicaciones educativas y completan cuanto desarrollan anteriormente.

José L. REDRADO

DÍAZ ALVAREZ, MANUEL

ESA JUVENTUD INQUIETANTE

Ed. Studium, Madrid, 1972. 1163 pág.

Un sacerdote ha convivido con el mundo joven de hoy y se ha identificado con él. Ha estudiado sus problemas, sus inquietudes, sus anhelos y a su vista le ha brotado una nueva esperanza: la de un mundo mejor.

M. C.

COLABORACIÓN

PALABRA EN EL MUNDO

Ed. Sígueme. Salamanca. 1972. p. 335.

Los diversos autores, especialistas en diversas ramas de la teología, dan una

explicación amplia a uno de los principales redescubrimientos del Concilio: la Palabra de Dios.

Este libro responde a muchas preguntas que hoy están sobre el tapete: exigencia de la predicación, cómo debe predicar el laico, sólo debe predicar el sacerdote. Qué es una comunidad cristiana, cómo se hace presente Cristo en la predicación... etc. Sobre todo da una visión muy rica de lo que es la Iglesia, de la exigencia radical que tiene de seguir enseñando el mensaje de salvación, de cómo no puede inhibirse de los problemas del mundo, sino que tiene que vivirlos, conocerlos para presentar la única salvación: la de Cristo.

Si para todos es interesante este libro, lo es más para aquellos que su fe está en crisis, qu no se conforman con una Iglesia-jurídica, aquellos que están en actitud de búsqueda, que quieren compartir la fe con los demás formando comunidad. Este libro les dará, si no unas respuestas exactas y definitivas, sí pistas y horizontes nuevos.

Hay que tener en cuenta que, como en todo libro en que escriben varios autores —en éste son 15—, hay artículos que interesan y otros no: unos son científicos, otros pastorales; unos para los pastores, otros para los laicos, etc.

José Figueras

VON BALTHASAR, URS

SÓLO EL AMOR ES DIGNO DE FE Ed. Sígueme. Salamanca. 1971. p. 140.

La tesis que domina en este libro es la que Cristo propuso a sus discípulos cuando quiso resumir su doctrina: la del amor.

El estudio que hace es profundo, quizá sólo para teólogos o especialistas. Primeramente hace un análisis de la situación de la teología actual y el porqué de la crisis: hay un paso de una concepción cosmológica a la antropológica, para explicar esto dedica dos capítulos. Los ocho restantes los dedica a desarrollar el tema central: sólo se puede testimoniar a Cristo si se vive en actitud de amar a los demás; este es el motivo más firme de credibilidad. Termina con una conclusión: critica los defectos de la teología católica, la protestante y la liberal, las cuales han defendido sus puntos de vista, sin haberlos integrado, presentando sólo aspectos de misterio cristiano.

Según el mismo autor, todo lo positivo de estas teologías queda integrado en esta obra. Da, así, una visión completa de la teología actual, asumiendo los aspectos positivos parciales.

El insigne teólogo quiere dejar bien sentado que en última instancia, lo que el cristiano ha de presentar al mundo es a Cristo, y el único modo capaz de hacerlo es mediante el amor.

José Figueras

MALDONADO, L.

EL MENESTER DE LA PREDICACIÓN

Ed. Sígueme. Salamanca. 1972. p. 222.

El autor trata de responder a preguntas sobre la predicación tan básicas y actuales que a todos nos comprometen y nos interesan. Se pregunta con valentía y sencillez: ¿por qué muchas veces no interesa y es aburrida la predicación? ¿cómo debe ser? ¿Quién o quiénes son los sujetos de la predicación? ¿sobre qué realidades debe reflexionar y dar luz? ¿qué medios debe usar? ¿se debe contentar con permanecer cerrada en los templos?... etc.

Según el propio autor, después de muchos años de reflexión trata de ver las causas y dar pistas nuevas para que la predicación cumpla su fin principal: anunciar el mensaje de salvación a todos, de una manera clara y atrayente, con medios nuevos y tradicionales y esto como exigencia de todos cuantos ya han recibido el mensaje cristiano.

Para llegar a estas conclusiones, dedica la primera parte —seis capítulos— a hacer un estudio filosófico y hermenéutico. La segunda parte —otros siete capítulos— se refiere más bien al tema central del libro; pero para ello, es necesario el estudio anterior, el cual es profundo, amplio y consecuente.

Si bien la primera parte está orientada para especialistas y no sería comprendida por la mayoría de lectores noteólogos, la segunda sí se comprende
con facilidad y es recomendable —sobre todo algunos capítulos— que se lea,
para poder responder a la exigencia que
todo cristiano tiene de anunciar la Buena nueva y poder comprender los cambios qu se están dando en la Iglesia
sobre catequesis, homilías dialogadas o
preparadas en grupo, etc.

José Figueras

RODRÍGUEZ ECHEVERRÍA G. ADOLESCENTES: EXPERIENCIA HUMANA Y MENSAJE CRISTIANO

Ed. Sígueme. Salamanca.

Da comienzo con un estudio psicológico desde la infancia hasta la edad adolescente, necesario para comprender sus reacciones que son siempre tan complejas en este período de la vida.

Los ambientes sociológicos en los que se desenvuelve, la amistad, la soledad juvenil y otros temas son tratados con gran agilidad y claridad por el autor. Entre ellos intercala una serie de encuestas realizadas en distintos centros sobres los valores que más aprecia el muchacho en esta edad.

A continuación presenta una panorámica del mundo actual y su influencia en la vida del adolescente.

Seguidamente da comienzo la segunda parte del libro: La aproximación catequística.

Un estudio completo de la catequesis en esta edad: Posibilidad, crítica general, importancia y sentido.

Termina dando unos enfoques nuevos, con unos esquemas y temas a seguir durante la misma.

En resumen, un libro que todos los que se encuentren trabajando con este tipo de muchachos le será muy útil tener.

PASCUAL PASAMAR

CENTRO DE ESTUDIOS DE LA CIVILIZACIÓN CONTEMPORÁNEA

LA VIOLENCIA EN EL MUNDO ACTUAL

Ed. Sígueme. Salamanca. 1972. p. 204.

Es un libro publicado por Desclée de Brouwer de Bruselas y traducido al español del original francés por Cristóbal Robles. Todo su contexto recopila la expresión de grandes profesores de la facultad de letras y ciencias humanas de Niza así como de Burdeos y La Haya.

Conforme profundizamos en las materias expuestas en los diferentes temas relacionados con la violencia nos damos cuenta de la gran influencia y aportación rica en pro de la no-violencia que han tenido la Sociología y Psicología.

Los grandes profesores mencionados nos muestran con detalle y firmeza la cooperación de hoy día de todos aquellos medios de comunicación que pueden favorecer y ayudar a la violencia, así nos dan a conocer lo relacionado con el cine actual, la influencia de la TV en mostrar un nuevo tipo de violencia, a este parecer aducimos el testimonio del psiquíatra Friedman: «Comparadas con las imaginaciones de la mayoría de los niños, las emisiones más brutales de la TV parecen suaves, las escenas más eróticas resultan frías, y la codicia

de los personajes que aparecen en la TV nula al lado de su gigantesca avaricia». pág. 84.

El profesor Phlippe Séjourné al presentar la violencia racial, plasma en sus páginas el pensamiento del gran sociólogo sueco Gunmar Myrdal, que dice: «el sentido de la injusticia fue compensado por el sentimiento cristiano de la fraternidad humana».

La violencia como objeto de escándalo desequilibra el dominio y el progreso, en que la ciencia de los valores y el respeto de la vida parecía afirmarse en todos los ámbitos.

El libro presentado por el Centro de Estudios de la civilización contemporánea, da a conocer una riqueza bibliográfica en los diferentes temas relacionados con la violencia y no-violencia haciendo aportaciones de grandes humanistas, sociólogos, psicólogos y líderes de la no-violencia como Martin Luther King.

José Sarrió, O. H.

MUSSNER, FRANCISCO

LOS MILAGROS DE JESÚS

Editorial Verbo Divino. Estella (Navarra), 1970. 60 pág.

Hoy día que los milagros y hechos prodigiosos se ponen un tanto en tela de juicio, puede ser muy provechosa la lectura de esta pequeña obra que Francisco Mussner presenta. Hace un estudio serio y sencillo a la vez de exégesis bíblica, referente a los milagros de Jesús. A través de su lectura se va cayendo en la cuenta de la importancia que tienen los milagros dentro de la proclamación del Kerigma en la vida de Jesús, su sentido cristológico y esperanza escatológica.

Todo ello hace que sea muy útil su lectura, en especial para sacerdotes y catequistas, a fin de orientar rectamente a los fieles en lo que respecta a los milagros y sobre todo puedan serles de provecho para profundizar cada vez más en las Palabras y Obras de Jesús.

Fray E. RODRÍGUEZ

JEREMÍAS, JOACHIM

LAS PARÁBOLAS DE JESÚS

Editorial Verbo Divino. Estella (Navarra). 1970. 304 pág.

Dadas las circunstancias que actualmente concurren en el estudio de Exégesis Bíblica, en un intento por saber lo más certeramente posible los hechos y dichos del Señor, la obra exegética sobre las parábolas de Jesús, de Joachim Jeremías, responde satisfactoriamente al fin propuesto, dada su categoría en conocimientos bíblicos.

Es un estudio científico profundo, obra imprescindible para profesores y sacerdotes encargados de la misión pastoral.

Fray E. RODRÍGUEZ

AMADO, G.

LA AFECTIVIDAD DEL NIÑO

Ed. Studium. Madrid.

¿Es posible tratar la realidad afectiva científicamente? Es lo que intenta precisamente el autor de la obra. De una forma condensada, pero completa y rigurosa, pasa revista al problema de la afectividad, examinando las diversas concepciones reinantes sobre ella, sus relaciones con las funciones psíquicas colindantes y su repercusión en los demás sectores humanos.

La afectividad no se considera, a la manera clásica, como una función más del psiquismo, y desde fuera; se intenta captar la vida afectiva globalmente, como una totalidad.

El niño está presente en todo este examen, pero no como un adulto en miniatura, sino como realidad plena.

A. M.

JEAN CLAUDE BARREAU

¿QUIÉN ES DIOS?

Ediciones Studium. 1972. Bailén, 19. Madrid 13.

Dios es siempre tema de actualidad; aunque sea para blasfemar de Él, o para extender su acta de defunción. Sólo que aun después de declararlo muerto, no terminamos de hablar de Él.

De Dios se habla mucho. Pero ¿Quién es Dios?

Para el cristiano la respuesta parece sencilla, basta leer el Evangelio. Y sin embargo en el mismo mundo cristiano, las opiniones son muy dispares y nada favorecen a Dios. El Dios que en ellos se refleja ha decepcionado al mundo que pasando por la secularización y el laicismo lo lleva a la muerte de Dios.

En la primera parte el autor intenta una clasificación de las principales creencias: El Dios mágico y policía... pasándolos por el tamiz de la crítica. El resultado: lo da toda clase de ídolos que no hacen más que engañar el fulgor de Dios.

En la segunda parte con el examen de la Sagrada Escritura y la realidad humana nos permite ir puliendo la imagen.

Nada más urgente en el mundo religioso que purificar nuestra imagen de Dios.

José GARCÍA SIERRA

HÉLDER CÁMARA

EL DESIERTO ES FÉRTIL

Ed. Sígueme. Salamanca. 1972.

Si algún calificativo quisiéramos dar a este libro de Hélder Cámara —diminuto (89 páginas) como él, pero lleno de fuerza— sería que es un grito de profeta que llama a los grandes y poderosos a una reflexión para que de verdad no haya más injusticia, no haya más desigualdad, no haya más división. Un grito para que nos unamos todos y afrontemos los riesgos que tal denuncia significa.

Hay que caminar y, para hacerlo con realismo, hay que salir de sí mismos, del egoísmo en que estamos encerrados y entrar en solidaridad con todos los hombres, especialmente con los más oprimidos. Los riesgos son inmensos, las posturas que habrá que adoptar nada fáciles, el desánimo apuntará por doquier. Sólo quien se vaya deshaciendo del egoísmo es capaz de caminar con los hermanos y hacerlo en el desierto, en la incomprensión, en la duda, a veces en la tentación de retirada, pero al final el desierto será fértil.

El libro —como otros del mismo autor— es para meditar, para pensar. Un libro que te levanta el ánimo.

José L. REDRADO

Martín Descalzo, J. L. LA IGLESIA NUESTRA HIJA Ed. Sígueme. Salamanca. 1972.

«De broma o de veras el mundo de lo eclesial ha salido del campo de los bostezos al de lo periodístico.» Es una afirmación llena de realidad. Martín Descalzo nos hace reflexionar a través del presente libro que comentamos; pero reflexión inquietante, atractiva, dinámica.

No es un libro para *inmovilistas*, sino para caminantes, para quienes deseen luchar. El estilo, la forma, todo ayuda a abrir los ojos y asentir en las distintas facetas sobre las que va discurriendo la vida de la Iglesia.

Se nos hace hoy difícil vivir siempre en continuo cambio, en constante búsqueda. ¡Estamos tan acostumbrados a

cosas hechas! Y resulta que hemos de abrir mucho la mente y caminar, descubrir, vivir.

Un libro que se lee con avidez; pero por favor, que los lectores lo hagan despacio, reflexionando, meditando.

José L. REDRADO

OSCAR CULLMANN

VERDADERO Y FALSO ECUMENISMO

Ediciones Studium. 1972. Bailén, 19. Madrid 13.

El autor viene consagrándose desde hace casi 30 años al acercamiento de las iglesias.

En los tres estudios aquí reunidos, señala el peligro que acecha a un cierto ecumenismo, puesto de moda, que es caer en el abandono de la fe cristiana.

En el presente estudio sitúa el autor al Concilio y al Ecumenismo en la perspectiva de la Biblia y de la Historia de la Iglesia. De esta manera ve él la misión carismática y ecuménica del protestantismo en la concentración bíblica, que no significa encogimiento; y la del catolicismo en el universalismo. que no significa sincretismo. Todo ello nos lleva a la conclusión de que el ecumenismo no persigue como meta la fusión de las iglesias, sino la unidad en la universalidad, basada en la fidelidad de cada Iglesia a su verdadero carisma y en el respeto por el de los demás.

José García Sierra

GIRARDI, JULES

AMOR CRISTIANO Y LUCHA DE CLASES

Ed. Sígueme.

Al oprimido se le ama defendiéndole y liberándole, al opresor acusándole y combatiéndole. La lucha de clases viene a ser para la nueva conciencia cristiana un imperativo insociable del mandamiento del amor. La liberación de los pobres y de los ricos se realiza al mismo tiempo. La universalidad del amor

que desencadena la lucha de clases, impone a cada hombre el no considerarse libre mientras uno de sus hermanos esté oprimido.

FELIPE M.ª DE CASTRO, O. P.

LA VIDA RELIGIOSA A LA LUZ DEL VATICANO

Ediciones Studium. 1972. Bailén, 19. Madrid 13.

La obra ha sido altamente alabada por la crítica encontrando un valioso instrumento el público interesado por estos temas. Lo prueba el interés, valía y acierto del autor.

Los capítulos generales de las diversas órdenes y congregaciones religiosas que estudian el aggiornamento de sus constituciones y reglas, encontrarán en esta obra un auxiliar formidable. Así como también los religiosos y religiosas que puedan leer y releer esta obra, encontrarán una ayuda decisiva; y también los sacerdotes y todo el pueblo de Dios encontrarán un instrumento que les ayude y capacite.

José GARCÍA SIERRA

VERGES, SALVADOR

MARÍA EN EL MISTERIO DE CRISTO

Ed. Sígueme. Salamanca. 1972.

El mismo título del libro es una invitación. La figura de la *mujer*, de María, centrada en el misterio de Cristo. Algo que el concilio nos ha hecho tomar conciencia para situar a la Virgen en el lugar que le corresponde, junto a Cristo, no separada de él, ya que sin él no tiene sentido. Desde las primeras páginas aparece la figura de María con este sentido, y se desarrolla y culmina así. Es lo que el autor esboza y desarrolla de forma concisa y clara.

Un libro que nos ayudará a centrar nuestra devoción a María, a deshacernos de sentimentalismos y ahondar más en lo que es y significa la Virgen en el misterio salvador.

José L. REDRADO

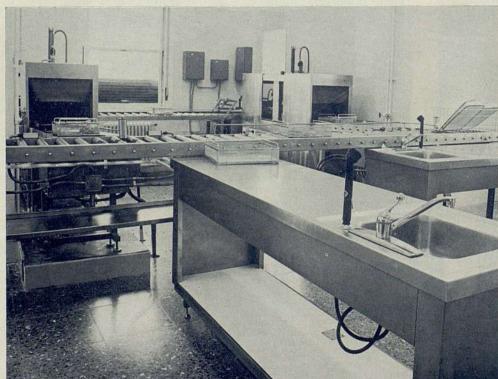
ANTONIO MATACHANA, S. A.

DEPARTAMENTO ESTERILIZACION
PLANIFICACION Y MONTAJE
DE CENTRALES DE ESTERILIZACION











CETINGE

DEFINE LOS NUEVOS CONCEPTOS EN AUTOCLAVES AUTOMATICOS



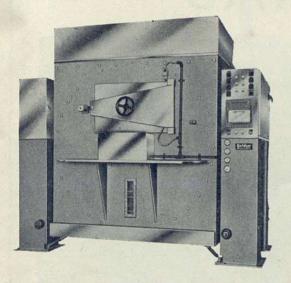
ANTONIO MATACHANA, S. A. EXPOSICION Y VENTAS

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.



Hidro-extractor centrífugo tipo C-8; C-15.

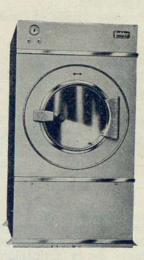


Lavadora industrial automática tipo D-10A.



Planchadora-Secadora tipo PS-700.

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 diapositivo 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)

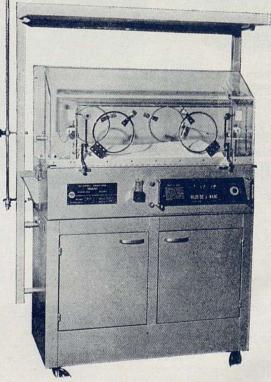
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141

Oficina: 339 12 45 - 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

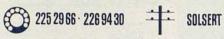
ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro



SOLA-SERT s.a.

FABRICA DE MANTELERIA Y RIZO

Ali-Bey, 15 BARCELONA · 10



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 • mantelerías 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

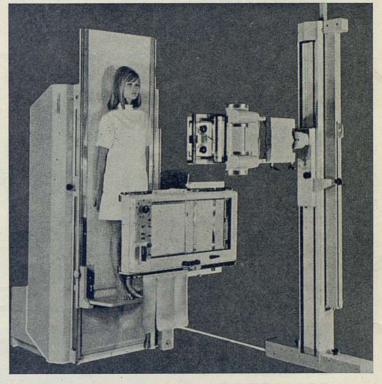
GENERAL ESPAÑOLA

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



Onda plena rectificada por Kenotrones o rectificadores secos de silicio



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X GENETRON 400 mA - 140 Kv

Su potencia, su calibración radiográfica y alta calidad de sus componentes aseguran óptimos resultados

Rambla	de	Cataluña, 43
BA	ARC	FLONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4 BILBAO-9 Alvarez Garaya, 1 GIJON General Sanjurjo, 53 LA CORUÑA Génova, 26 MADRID - 4

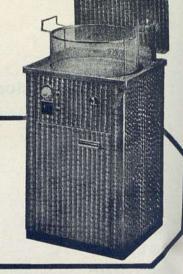
General Primo de Rivera, 6 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA Cuarteles, 47 MALAGA Apóstoles, 17 MURCIA Castelar, 25 SEVILLA

Eduardo Bosca, 20 VALENCIA Plaza de Madrid, 3 VALLADOLID Pº de la Independencia, 21 ZARAGOZA



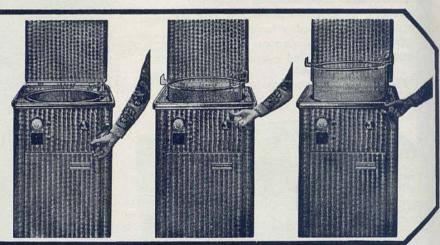
QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

MODELO GOLIAT 30 LTS.



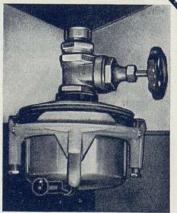
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

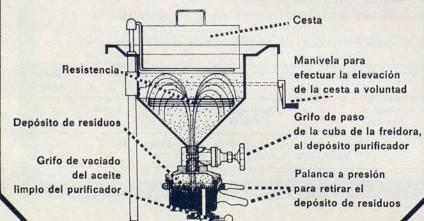
Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



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 Provensals. 277 - Barcelona-5

PART THE PART WHEN	
SIRVASE R	
AMPLIA IN	FORMACION DE
SUS FREID	ORAS Y LAVA-VAJILLAS
Modelo inter	esado
Don	
Domicilio	
Población	
Provincia	

INDICE GENERAL

Con alegría y optimismo pág.	6	Segundo congreso nacional de hospitales. pág.	97
El sacramento de la unción		Quinta de salud la Alianza otorga los premios	
de los enfermos 8, 81, 135,	190	José Girona Tríus a trabajos médico-cientí-	
Humanización del hospital	14	ficos	97
La terminología psiquiátrica desde el punto de vista operativo	20	Bases doctrinales de los servicios de la farmacia hospitalaria	110
Crónica del V congreso mundial de psiquiatría.	32	Evolución de los problemas sanitarios en la sociedad europea de hoy	123
Los anestesiólogos-Reanimadores, en defensa de su especialidad	34	Documento base en relación con la formación	133
I Jornadas nacionales para sacerdotes dedicados a la acción pastoral en los centros sanitarios			143
de España	35	Inquietudes pastorales hospitalarias 1	145
Saludo y ofrecimiento	39	II Congreso nacional de transporte sanitario . 1	147
Encuentro para responsables de pastoral de en-		Ensayo de cooperativa hospitalaria	148
fermos	40	IV Asamblea médica de Instituciones hospita-	
Las jornadas de pastoral hospitalaria de Valen-		larias	206
cia	41	Seminario sobre el hospital universitario 1	162
Bibliografía 45, 98, 149,	209	La enseñanza durante el período de Licencia-	
Progreso técnico y científico de la enfermera .	54	turas	170
Aspectos de la dirección de personal en hospi-		El estudio de recursos humanos	175
tales	60	Preparación del niño para la hospitalización y	
Interesantes declaraciones del ministro de traba-		la intervención quirúrgica	178
jo, don Licinio de la Fuente	65	Humanización del hospital 1	197
Entrevista con el profesor La Fuente Chaos	70	Telegrama del cardenal Villot 2	203
La pastoral en los centros sanitarios	73	Interesantes sugerencias para el apostolado de	
Compromiso cristiano frente al enfermo	87	los enfermos 2	203
Se regula el procedimiento para la concesión		I Jornadas de Pastoral sanitaria en Bilbao 2	204
de autorización en materia hospitalaria		La acción hospitalaria en la Doctrina Social de	
Tercer premio periodístico desarrollo hospita-		la Iglesia 2	207
lario	96	Evolución del concepto de hospital 2	208

सी की की की की की की की की की की



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

सी की की की की की की की की की की

José L. Redrado

Presencia cristiana en clínicas y hospitales



PRESENCIA CRISTIANA EN CLINICAS Y HOSPITALES

PPC. Madrid 1969

El presente trabajo forma parte de un grueso volumen, elaborado por un equipo de religiosos de san Juan de Dios, como base para las jornadas capitulares de su provincia.

El libro tiene dos partes bien diferenciadas: una reflexión doctrinal sobre la enfermedad y el dolor en la Biblia, y las líneas que definen la pastoral en el hospital.

Lo recomendamos al médico, a las religiosas sanitarias, capellanes y personal vinculado al hospital.



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL 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

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

Completísima exposición de las marcas de máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

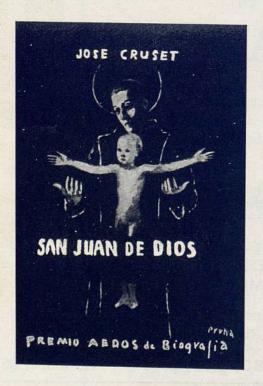
Oculus Krahn Möller Grieshaber A.Heis Frigitronics (Criocirugía) Kretztechnik(Ecografía) Nikon(Lámpara de hendidura fotográfica con «Zoom») Gulden Haag-Streit Schwarzer Zeiss etc.

A.Heiss Moria Storz
OpticsTechnology(Laser)
American Optical Burton
etc.

SEPTIMANIA, 28

Teléfono 228 24 71

BARCELONA - 6



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



HOSTELERIA

Cafeterías

Autoservicios

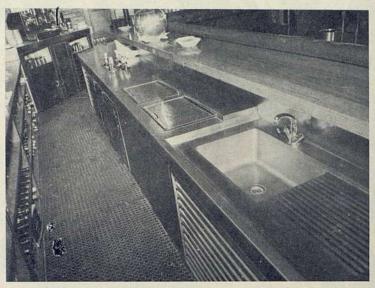
Cocinas Industriales

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

Servicio cafetería

Servicio cocinas









MAQUET



RASTATT/BADEN (Alemania Occidental)

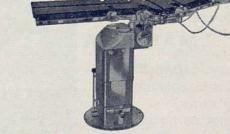
> Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



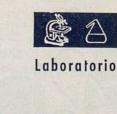
Instrumental quirúrgico



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





Mobiliario clínico



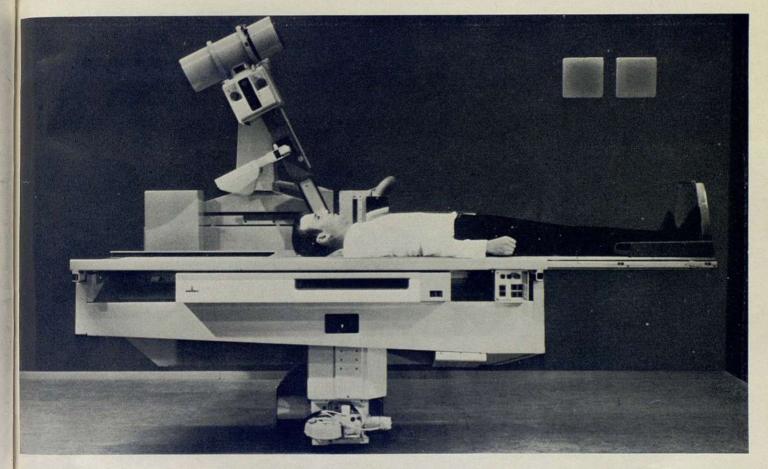
Aparatos médicos



Electromedicina



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 intensificador en caso de radiación oblicua, con lo cual se evita el desplazamiento del objeto en la pantalla.

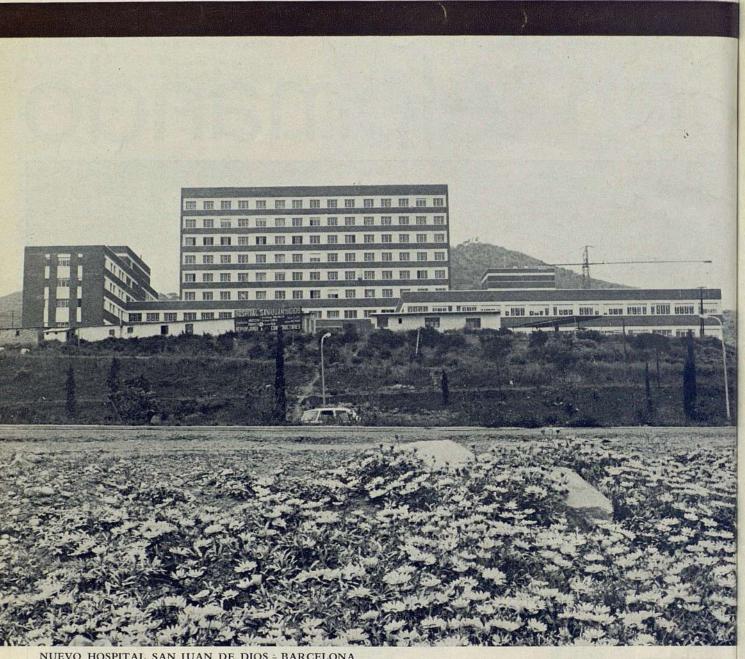
Equipo de exploración radiológica con telemando, para exigencias máximas

SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA ESPAÑOLA, S.A. Madrid 4, Fuencarral, 45, 5°

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PUBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.°, Dpcho. 33