

ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES

LA LABOR HOS PITALA RIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 26. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1973
Número 148 Volumen V

Director

ÁNGEL 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

SOCIALIZACIÓN Y PERSONALIDAD DE LA ENFERMERA 56
Por PUTMAN CRAMER

LA PROFESIÓN DE ENFERMERA 62
Por ALICIA MARSILLACH

LOS HOSPITALES 64
ANTE EL TERCER PLAN DE DESARROLLO
Por el doctor MIGUEL MARTÍN

REFLEXIONES SOBRE 67
EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Por el doctor JUAN CABRERIZO

LA DIETÉTICA EN LOS HOSPITALES Y EL HOGAR 68

EL DERECHO A LA VIDA 69

LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS 70

LA ATENCIÓN A LOS MORIBUNDOS 73

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS 75
Por el padre PAULINO ALONSO, C. P.

EL NUEVO RITUAL DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS 80
Por TIMOTEO DE URQUIRI, C. M. F.

EL DOLOR PRENDA DE RESURRECCIÓN Y DE VIDA 81
Por MANUEL MARCO, O. H.

PLEGARIAS DE MONSEÑOR GUIX 83

NOTICARIO 85

BIBLIOGRAFÍA 89

Por un hospital más humano

SOCIALIZACION Y PERSONALIDAD DE LA ENFERMERA

Por M. C. A. PUTMAN CRAMER
Leiden-Paises Bajos

DOS FUNCIONES ESPECIALES DE LA ENFERMERA

Considerando nuestra profesión de enfermeras, distinguimos dos funciones especiales: De una parte, la función somato-técnica que se ha extendido cada vez más, gracias al desarrollo de las ciencias médicas y técnicas, orientadas en las ciencias físicas. Los triunfos en este terreno han dado una importancia creciente, a la parte somato-técnica de nuestra profesión. Toda la atención de la enfermera está prácticamente interesada en este punto, tanto por el médico como por las enfermeras Jefe de los diferentes servicios y también por la Dirección.

Por otra parte: la función social, interhumana que podríamos designar (por oposición a la parte somato-técnica) como la parte socio-emotiva de nuestra profesión. Precisamente, este lado humanitario de nuestro trabajo y su desarrollo actual y futuro forman el centro de mi exposición.

Estamos convencidos de que el ser humano es más que un cuerpo; que un enfermo es más que un cuerpo enfermo, al cual se podría cuidar simplemente como a un objeto. Sin embargo, la práctica actual demuestra claramente, que el tratamiento somato-técnico como si se tratase de un objeto se ha convertido en el tratamiento *por excelencia*. Durante el aprendizaje así como en el ejercicio de su profesión la enfermera se atiene a este aspecto de nuestro cometido.

La idea que se hacen los enfermos eventuales y nosotros mismos sobre nuestra profesión, está determinada en gran parte por los conocimientos somato-técnicos de los cuales las enfermeras hacen uso. Muchas de entre nosotras han tomado conscientemente el modo de dar esta idea de nuestra profesión, con el fin de tener parte en la reputación y en el status del médico, que lo había

logrado gracias a los triunfos obtenidos por su trato y tratamiento somato-técnicos. También nos percatamos de la intensidad con que nos absorbe esta faceta de nuestra profesión y del hecho de que es insuficiente para el enfermo. Fatalmente insuficientes puesto que el ser humano enfermo es algo más que un cuerpo enfermo, algo más que un simple objeto averiado. No se trata de curar un *órgano* enfermo, sino que una persona, un ser humano, ha de ser curado.

Somos numerosas y con nosotras hay otros muchos interesados en los cuidados a dar a los enfermos y en estar persuadidos que un buen tratamiento dado al enfermo, ha de ir acompañado de cuidados especiales dados al ser humano, como resulta de los estudios y de las investigaciones hechas sobre el comportamiento del enfermo durante su hospitalización. Un nuevo esfuerzo ha nacido de la voluntad de poner en práctica esta concepción nueva de los cuidados a dar a los enfermos. El movimiento que se ha puesto en marcha puede describirse bajo el término global de «Tendencias socializantes». Estas tendencias tienen una influencia innegable en el género de contactos profesionales en el lugar en que trabaje la enfermera, así como sobre su propia personalidad; asimismo influye igualmente en la forma de organización estructural del hospital, su personal, su división y su disposición.

LAS RELACIONES ENTRE ENFERMERA Y ENFERMO

Primeramente, deseo llamar la atención sobre las diferentes situaciones en las cuales se encuentra la enfermera a este respecto.

En primer lugar tenemos las relaciones entre enfermera y enfermo. Si observamos la situación actual vemos

claramente que el punto clave es el aspecto instrumental o (somato técnico). Después de un largo trabajo en diferentes servicios de hospital, y luego como miembro de la dirección. Sabemos repartir a nuestros enfermos en distintas categorías.

Aquellos que tienen un aspecto saludable, pero deben ser operados y que se marchan después de la operación y parecen curados, curados desde un punto de vista (somato-técnico) y vuelven a sus hogares. Luego las parturientas, grupo bastante alentador, después los niños que para muchos forman un grupo aparte, luego los enfermos más enojosos que deben seguir una cura de varias semanas. Hay enfermos que se encuentran en los servicios del (intensive care) y (coronary care) muy conocidos y muy de actualidad entre el público. Los servicios de reanimación donde el enfermo está bajo un (monitor) u otro aparato lo cual hace que la habitación se parezca más a un cuarto de máquinas de un barco que a una habitación de hospital. En estos aposentos, todo el material puede ser controlado, por metros, cuadrantes y botones que indican (la situación) el estado del enfermo. En algunos casos somos nosotras quienes controlamos los botones para que los cuadrantes indiquen lo que deseamos. ¿En qué pensamos nosotras en ese momento? ¿en el aparato o en el enfermo? ¿Qué peligro se esconde bajo esta técnica? ¿Cuánto espacio le conceden aquí al enfermo para vivir los momentos de su enfermedad, como un ser social con contactos normales? ¿No hay peligro de que se convierta en un objeto, un caso, interesante o no para la ciencia? ¿Pensamos aun suficientemente en todo lo que espera el enfermo de nosotras, sus deseos, sus angustias, en una palabra: sus facetas humanas?

Todos los enfermos y todas las enfermeras debieran haber sido en principio ellos mismos, enfermos de hospital. La mayor parte de nosotros ignoran esta situación. Pero sabemos por experiencia que cuidando a los enfermos que han pasado por situaciones de gravedad se descubren sus penas, sus angustias, y banalidades hasta en las enfermedades mortales. Este estado de saberse enfermo es la razón por la cual el enfermo ve las cosas de otra manera y vive en un mundo a veces un *poco* y otras *totalmente* diferente. Un enfermo deprimido o de naturaleza depresiva encuentra que el mundo se ha vuelto triste, que las flores ya no tienen brillo. Ciertas situaciones pueden volver así al enfermo. Desengañarle de todo lo que le rodea. Todo esto acompañado de dolencias físicas, hace parecer la vida como un callejón sin salida.

¿Qué espera el enfermo por parte de la enfermera? Tomemos el caso del hombre atrapado en su coche accidentado. Tiene el brazo y la pierna derechos fracturados, la rótula izquierda dislocada, el tórax hundido, la circulación de la sangre alterada y una lesión de la médula espinal. Sin embargo vive. El coche arde, otros conductores se paran y salvan a la víctima de entre las llamas y colocan a nuestro hombre sobre la hierba

donde lo cubren con una manta dejándole solo, para discutir los daños de la chatarra.

Qué momentos infernales, de angustia y sufrimiento indescriptibles tiene que sentir. Podemos figurárnoslo, Esto no es como ustedes pueden pensar una historia sensacionalista inventada, es una historia vivida, contada por el propio sujeto.

Por aquel entonces se encontraba en un centro de reeducación, todavía con una parálisis parcial. Esto cuatro meses después del accidente.

Una *advertencia* para todos y cada uno de los que se enfrentan con víctimas de accidentes de circulación o con enfermos de hospital. No los *dejen solos*. Trátenlos como a seres humanos y no como a objetos. Esto reza igualmente con el enfermo que acaba de ingresar en el hospital para sufrir una operación. Para nosotros todo lo que sucede en el hospital es una cuestión de la rutina diaria, estamos acostumbrados. Pero para el enfermo todo es nuevo (impresionante) tiene miedo a lo desconocido, de los especialistas, de la anestesia. En una palabra: de la operación. ¿No ha leído acaso todas esas historias de salas de espera en las revistas y periódicos?

Por nuestro lado es necesario que seamos accesibles a las pnoespaciales del enfermo, preguntándoles de continuo cuáles son las dificultades que le preocupan ¿Qué ocurre en su fuero interno? ¿Somos acaso capaces de socorrerle? ¿Cuáles son los medios de los cuales disponemos? Por ejemplo, ¿sabemos que cuanto mayor es la ayuda socioemotiva antes de la operación, mayor es la rapidez en la curación? Por supuesto esto requiere de parte de la enfermera toda su abnegación y toda su entrega tanto socioemotiva como racional. No basta que quiera hacer el bien, es necesario que aprenda cómo ha de sacrificarse para ayudar al enfermo a conocer sus penas y preocupaciones y ayudarle a resolverlos. En muchos países la sicología y la siquiatria apenas significan una pequeña parte de los estudios de la alumna de enfermera. Se consigna poco tiempo al estudio, al ejercicio de la aptitud socioemotiva que ha de ser una parte integrante de la personalidad de la enfermera. En estas condiciones, ¿cómo hemos de esperar que los jóvenes estén a la altura de su cometido? Un cometido sin el cual se encontrarán cara a cara con un moribundo, de hombre a hombre, como enfermera frente a frente con el hombre desamparado. La prueba de que podemos difícilmente; y a veces, ¡en absoluto! llenar ese cometido es que el hospital moderno rechaza cada vez más a aquellos que agonizan, dejando cada vez menos sitio para el moribundo. Los moribundos representan una carga para nosotros, exigen trabajos suplementarios. Esto sin hablar de sus familiares.

No sabemos bien que hacer con él. Ponerle en una habitación aislada. Para la enfermera la habitación del moribundo está rodeada de misterio. Si está sola durante el servicio nocturno, apenas osa echar una ojeada. También se ha comprobado que la enfermera reacciona más despacio si es un moribundo el que llama al timbre, que

si se trata de otros enfermos. Aquí vemos de nuevo el problema. Que para muchos enfermeros es casi imposible estar a la altura de compartir las penas de los moribundos y de los enfermos graves.

Deseamos hacer el bien, pero huimos de él. Los más experimentados entre nosotros, tal vez hayan aprendido cómo comportarse en ciertos momentos, pero jamás dos situaciones se parecen. Esto prueba claramente nuestra capacidad de comportarnos como seres humanos al socorrer a otros seres humanos, porque esto es superior a nuestras posibilidades, porque no hemos aprendido durante nuestro aprendizaje, a adquirir estos dones que hubiesen aportado tantos valores a nuestra personalidad. Si la comunicación nuestra está más allá de nuestras posibilidades, es porque no nos han enseñado suficientemente a tener control, y seguridad sobre nosotras mismas, ni durante el aprendizaje, ni durante el período del ejercicio de prueba profesional.

El programa de la formación y la práctica, no prevén esta enseñanza indispensable. La organización y estructura de nuestros servicios hospitalarios no dejan lugar alguno, ni posibilidad ninguna al desarrollo de cuidados a nivel socio-emotivo del enfermo. No hay ni siquiera sitio para ninguna de las condiciones necesarias para obtener un buen tratamiento sobre el plan emotivo, es decir la comunicación parece abierta, mutua entre enfermo y enfermera.

RELACIONES ENTRE COLEGAS

Primeramente voy a tratar de las relaciones entre colegas tanto entre los superiores y los subordinados, como entre las diferentes unidades profesionales que representan en conjunto la organización del hospital. En el interior del hospital, muchas personas de diferentes profesiones se reúnen para trabajar en conjunto. Personas que ocupan a veces puestos que varían mucho entre ellos y que forman una parte de un todo en toda clase de unidades funcionales.

Los aspectos siguientes son aquí muy interesantes:

- Las decepciones en lo que se esperaba en la nueva colocación tanto del lado de la enfermera como del lado de la dirección.
- Los problemas de los que ejercen una nueva profesión y que desean ser apreciados en su justo valor.
- La amenaza que representan estos recién llegados o sus ideas al lado de los antiguos.
- La oposición a estas innovaciones en los servicios por los que trabajan en ellos, y han llegado a una situación satisfactoria razonablemente.

Son personas de diferente edad, de distinta formación,

teniendo cada cual sus esperanzas sobre el papel que representará o representarán los otros en el conjunto de la organización hospitalaria.

Decepciones por ambos lados —la dirección esperando lo mejor, los subordinados esperando más— se producen con frecuencia. Es que la modernización de la institución llamada hospital no ha impedido que un aspecto ha quedado casi igual: la estructura social de la «población» del hospital. Se trata de las relaciones recíprocas entre todos los que trabajan en él, y las relaciones con los enfermos. Un ejemplo típico lo dan sobre todo las dificultades que han sufrido los que ocupan puestos nuevos en el hospital puesto que les cuesta hacerse apreciar en su justo valor. Estos últimos años, se han publicado los resultados de estudios sobre este problema, haciendo escrutinios por grupos de estudios, en varios países. Hasta los hospitales instalados recientemente parecen emplear las antiguas formas de organización pero ya probadas. Los nuevos colaboradores tienen que hacerse un sitio, y en general se hace muy poco para ayudarles a subir y a integrarse en la vida social y en su trabajo en el hospital.

Se explica al recién llegado un número de reglas y de normas corrientes en el hospital, pero la mayor parte de las esperanzas que se tienen sobre él, se callan, y fatalmente no las entiendo o no las admite la o el recién llegado. La situación de «la nueva» sufre un cambio: de un lugar fuera de un grupo a un lugar dentro de él. El hecho de entrar en el grupo arrastra consecuencias de todo género para el grado y la calidad del intercambio, cual es la actitud hacia el recién llegado, antipático porque es más joven y sus conocimientos recién adquiridos o porque tiene más títulos. Ya que damos tanto valor a los diplomas, ¿no es por esta causa que los otros sienten al recién llegado como una amenaza para sus prerrogativas acumuladas en el transcurso de los años? Estas amenazas pueden traer problemas enormes para mantener el poder o... ¿al recién llegado se le recibe con una mezcla de compasión y aburrimiento? Ciertas circunstancias hacen probablemente más fácil para el debutante ir subiendo de grado; esto es más difícil para los que han descendido en un cambio de trabajo y hay que volver a colocarlos en su sitio. Uno de los factores principales es: ¿cuál es la actitud del grupo ya existente? Sus esperanzas pueden variar entre muy vagas o muy claramente delimitadas, y pueden ser las de todos o las de algunos del servicio en cuestión. Otro punto importante: los que tienen una cierta antigüedad y mucha experiencia gozan de un prestigio social tanto en el plano personal como con sus colegas e igualmente cuando se trata del salario y de los permisos suplementarios.

A mí me parece, que no es justo remunerar el resultado de muchos años de trabajo continuo donde se ha adquirido experiencia, madurez y sabiduría. El recién llegado no lo ve así, no lo comprende y piensa que la dirección no hace más que hablar por teléfono y contro-

lar. Pero, precisamente por esta experiencia, es capaz de ordenar el trabajo en distintas situaciones.

LA ESTRUCTURA JERÁRQUICA

Las que formamos parte de un equipo médico con su jerarquía y sus métodos de trabajo establecidos, con frecuencia no nos damos bastante cuenta de que tratamos de salvaguardar la estabilidad de nuestro grupo, con todas sus cosas buenas, pero también con las malas. Sin embargo las juzgamos todas buenas puesto que hace tiempo que actuamos de la misma manera y ha marchado todo bien.

Es una característica de todas las unidades que funcionan en una organización que tratan de mantener esta estabilidad adquirida y que quieren impedir los cambios aunque éstos sean para mejorar.

En diferentes circunstancias una enfermera de cierta edad o en un puesto más elevado reconocerá con más dificultad su falta de aptitud socio-emotiva o alguna otra falta por miedo de perder su prestigio. Cuando los jóvenes solicitan más atención para estos problemas, no se puede perder el tiempo y los cuidados somato-técnicos o incluso limpiar la vajilla es más urgente que ocuparse de un enfermo desesperado. «No se debe charlar con los enfermos». Corrección que hace a menudo la enfermera jefe a sus subordinadas. La secuela de esta clase de consejos es un cierto temor de los jóvenes hacia la dirección teniendo como resultado la incomunicación y el ataque al prestigio.

¿No es verdad que la mayoría de nosotras tratamos a las jóvenes como menores o niñas? Quizá es nuestra actitud o nuestra entonación que es autoritaria, a veces humillante o compasiva o si no levantando la voz cuando alguna cosa no nos gusta. ¿Qué opinamos de la situación siguiente? Un enfermo se queja de los cuidados recibidos, se dirige al médico que a su vez va a ver a la directora. Esta se pone en contacto con la enfermera citada y le hace alguna observación. Ya conocen estas situaciones en que las personas de que se trata son las últimas de enterarse del asunto, cuando por añadidura, se ha *pasado* al jefe del servicio. Es un ejemplo típico de malas relaciones por culpa de cierta estructura jerárquica. El hecho de que el enfermo confíe al médico sus quejas, justificadas o no, significa que para él, el médico es el patrón del hospital. Esto es cierto en cuanto a la parte médico-técnica, pero no por parte de los cuidados (a dar al enfermo). ¿Quién es el que hay que educar? Aquí tratamos con adultos y esto implica que el mismo vocablo «educar» no debe ser aplicado. ¿Por dónde empezar para convencer a la gente de que hay que cambiar los procedimientos? ¿Por el enfermo, la dirección, el médico o la enfermera?

Una falta de procedimiento no se debe hacer, pero a mi juicio no se deben «quemar las etapas» en su celo por arreglar la situación, sin dirigirse a las personas

intermediarias responsables. Esto puede deteriorar una situación de buenas relaciones y suscitar tensiones innecesarias. Este pequeño ejemplo da una clara impresión de los niveles escalonados que conocemos en la sociedad hospitalaria actual que todavía está muy lejos de democratizarse.

RELACIONES ENFERMERA, MÉDICO, ENFERMO

Acabamos de ver de diferentes maneras las relaciones entre enfermera-enfermo. La pregunta que se presenta ahora es: ¿cuál es el lugar del médico en esto? ¿Cómo ve el médico a la enfermera en relación con el enfermo, y cómo ve la enfermera su sitio en relación al médico y éste con el enfermo? ¿Y cómo se ve a sí misma? Estas preguntas no son independientes unas de otras, sino muy ligadas unas a otras. Desde el punto de vista funcional, el médico no puede prescindir de la enfermera. Las actividades médicas son consideradas como el trabajo del médico. Es, solamente, en segundo lugar que el médico podrá interesarse por la parte emotiva del enfermo. Los enfermos tienen en general una confianza enorme en su médico, lo que da a su situación en la estructura del hospital un grado superior. Gracias a lo cual ocupa un puesto de poder. Muy a menudo le es imposible ir a ver a sus enfermos, varias veces al día, raramente más de una vez. Tiene sus consultas, sus operaciones, sin citar las otras actividades que se esperan de él. También puede ser que el médico enterado por las pruebas de laboratorio visite a sus enfermos más frecuentemente.

Habiendo recibido las pruebas del laboratorio, decidirá la terapia. ¿Consigue, aparte esto, informar a su enfermo y revelarle la naturaleza de su enfermedad y del tratamiento a seguir? Sin embargo el enfermo tiene derecho a ello. Se le debería animar a hablar de lo que le preocupa puesto que las relaciones personales son indispensables para una buena comunicación. O sería, de parte del médico, una especie de huída para no verse obligado a escuchar las quejas del enfermo. Si el enfermo sólo sufriera una enfermedad somática, entonces una actitud puramente instrumental sería suficiente, pero esto no es así: el origen de su enfermedad puede tener raíces más profundas, por ejemplo en lo que le rodea y en la actitud, que él mismo ha adoptado.

¿Cuál es ahora el lugar que ocupa la enfermera en estas relaciones y situaciones? ¿Es la colaboradora del médico o su instrumento que contesta al teléfono y prepara las batas limpias? ¿Se ve ella misma como un simple instrumento? El desarrollo de las técnicas médicas, la entrada del razonamiento y la aplicación de procedimientos teóricos significan que cada vez se exige más a la enfermera. Por otro lado esto tiene como consecuencia que se identifica cada vez más con el médico. Una estrecha colaboración con el médico es una condición primordial. El médico dirige, sobre todo, el trata-

miento somato-técnico que ejecuta el médico parcialmente. Para el resto, da sus instrucciones a la enfermera y las supervisa. En estas relaciones con el médico somos como enfermeras de gran importancia. Por su presencia continua la enfermera puede observar, y se puede decir que tiene una observación clínica que le permite algunas veces diagnosticar qué tratamiento será aplicado. Con sus observaciones, puede dar al médico informaciones de gran valor. Debe ser igualmente capaz, de distinguir cuándo puede avisar al médico sin molestarle. Tiene que arreglárselas para estar presente cuando la visita del médico al enfermo para que pueda darle sus observaciones que podrían obligar a un cambio de terapia. Si la enfermera debe estar presente en la visita, el médico por su parte debe visitar a sus enfermos en presencia de dicha enfermera para llegar a una colaboración óptima. Esto quiere decir que el médico debe adaptarse a las reglas del hospital, a sus horas fijadas. Este detalle de las relaciones es la base de una buena comunicación. Si no se trabaja *juntos*, sino *paralelamente* o quizá los unos *contra* los otros, en una especie de lucha por la autoridad, no tardará en tener repercusiones en todos los campos y la curación del enfermo se verá seriamente puesta en peligro. Quizá tengo tendencia a bosquejar un cuadro poco matizado, pero estarán de acuerdo, estoy segura, de que la búsqueda del «status» puede significar un origen de tensiones en las relaciones entre la enfermera y el médico, en detrimento de éstos con el enfermo para el interés del cual trabajan los dos.

LA LABOR DE LA ENFERMERA CON RESPECTO A LA FAMILIA DEL ENFERMO Y DE SUS VISITAS

Nuestra labor se extiende igualmente hasta la familia del enfermo. Algunas veces reglamentamos de alguna manera la vida de nuestros enfermos, pero ¿tenemos en cuenta su familia, sus ocupaciones? Estos factores representan su propio ambiente donde vive normalmente y donde recobra su identidad. Es que los enfermos dividen los días de la semana según sus visitas y las cartas que reciben; una división curiosa, es cierto, vista de una manera racional y desde el punto de vista del orden estricto y rectilíneo del hospital, pero para el enfermo son los pilares de su vida diaria durante su hospitalización. La labor de la enfermera es la de formarse una idea de lo que estas relaciones personales significan. Puede ser de una importancia primordial para el enfermo si recibe pocas visitas, poco correo, no nos imaginemos que el periódico, la radio y ahora la televisión pueden sustituir estas relaciones.

Estas relaciones impersonales que nunca emocionan tan profundamente al enfermo como lo son sus contactos que vienen del exterior y en los cuales está verdaderamente interesado. Cada enfermo hospitalizado

tiene una doble vida puesto que vive en dos ambientes diferentes. Forma parte de un grupo en el hospital, y se siente siempre miembro de su familia, y su trabajo sigue preocupándole. Si no se da cuenta de que el enfermo tiene esta doble vida no se comprende por qué tiene tal prisa de ver llegar la hora de la visita.

¿No es verdad que la visita puede ejercer influencias muy diversas en el estado del enfermo? Esto indica que la visita no es una cosa sin importancia. Las reacciones de la visita son muy diferentes: un enfermo estará inquieto y nervioso después de la visita, mientras que otro está triste porque no ha venido esta o aquella persona. La enfermera debe saber escoger: a quien admitir al lado del enfermo y a quien rechazar provisionalmente. Pensad en la visita que sentada a la cabecera de un enfermo cardiaco (infarto por ejemplo) le cuenta tontamente que viene del entierro de alguien que ha muerto de un infarto. Estas cosas ocurren realmente. Hace falta tener sensibilidad para evitar estas visitas no deseables. Para los directores es una cosa de gran importancia, un arte que hay que aprender, porque las visitas vienen por el enfermo, mientras que el director debe hacer contacto con ellos para hablar del enfermo. En unas palabras debe sondear lo que el visitante represente para el enfermo. Cada enfermo es diferente ya que depende de una multitud de circunstancias. Se observa, frecuentemente, que en caso de una larga hospitalización las visitas se van haciendo cada vez más espaciadas.

Pero, precisamente cuando los del exterior demuestran menos interés, el enfermo necesita doblemente del contacto personal con nosotras para ayudarlo a confiarse y solucionar sus problemas. Afortunadamente se han dado cuenta de esta falta y se hacen verdaderos esfuerzos para ayudar al enfermo en este caso. Pero desgraciadamente todavía se hace poco.

Otra dificultad en la relación enfermo-familia (que es igualmente problema *nuestro*) es el fenómeno tan discutido en la actualidad: el cuidado moral del moribundo y la eutanasia. Se trata aquí de crear cuidadosamente un clima de confianza entre el enfermo, su familia y nosotras mismas. Una comprensión mutua, una gran franqueza de ambas partes son de un valor inestimable para llegar a hacer aceptable y soportable para todos el final fatal del fallecimiento.

LAS RELACIONES ENFERMERA-ENFERMO; VENTAJAS E INCONVENIENTES DE: LA SALA, LA HABITACIÓN, EL AISLAMIENTO

Es indispensable que un enfermo pueda ser hospitalizado. Lo que le rodea en una sala, una habitación o el aislamiento tiene una gran influencia sobre la manera de establecer los contactos entre el enfermo de una parte y la enfermera y/o el médico de la otra.

Las relaciones son completamente diferentes en estos

tres casos: sala, habitación o aislamiento. Conocemos todos, estas grandes salas donde el enfermo forma parte de un grupo y sufre la influencia de la mentalidad de esta sala; la mentalidad colectiva. La enfermera no debe ignorar los factores que pueden determinar el ambiente de la sala, lo mismo favorables que desfavorables. El proceso de la curación se desarrolla mejor en un ambiente agradable, pero el gran peligro es la búsqueda maniática del orden. Vemos de una simple ojeada si una sala está bien tenida; todas las mesillas bien arregladas, todas las colchas sin tocar el suelo. Todos los enfermos alineados como cosas y preferiblemente inmóviles. La mayoría del tiempo sólo en el silencio de la tarde o de la noche se puede intentar algún contacto. En la construcción de los hospitales modernos se tiene en cuenta afortunadamente este peligro del «orden a cualquier precio», una idea anticuada hoy día. Las relaciones con el enfermo en una pequeña habitación de 4 a 6 camas son completamente distintas de aquellas en las grandes salas y también diferentes de la habitación con una cama o el aislamiento. En una pequeña habitación el enfermo tiene más ocasiones de manifestarse en el plano humano. Sobre todo, en los enfermos que padecen enfermedades internas, los síntomas de los problemas humanos que les preocupan juegan un papel preponderante.

Hay dos maneras de acercarse al mismo caso: la manera antigua de las grandes salas, que no era buena y los nuevos métodos médico-técnicos donde la vida socio-emotiva subjetiva del enfermo se ahoga. El enfermo *debe* poder exteriorizarse, sea con los otros enfermos, sea con las enfermeras, médicos, y otras personas que colaboran en su curación. La comunicación con los otros enfermos no resulta favorecida aislándolo en una habitación de una cama.

Pequeñas unidades están muy indicadas para facilitar las conversaciones, con —por si acaso—, la posibilidad de aislar a los enfermos, cuando lo exige la situación como por ejemplo una visita especial.

¿Qué pensamos del aislamiento? ¿Y de la soledad que esto produce? Antiguamente, no se conocía el aislamiento más que cuando la sociedad debía ser protegida contra el enfermo. Actualmente es al contrario: se aísla al enfermo para protegerlo de las personas que lo rodean. Es la consecuencia de los grandes adelantos de la técnica. Desde que los trasplantes de órganos han hecho su entrada en los hospitales, el aislamiento se aplica como en las enfermedades graves, los enfermos muy afectados que tienen poca resistencia, que tienen quemaduras o leucemia. Los enormes problemas que esto entraña provienen del hecho de que es casi imposible aislar completamente a los enfermos. El hombre, el hombre enfermo no puede pasarse sin contactos, tiene que poder comunicarse con el exterior. Para ciertos enfermos este peso psíquico del aislamiento es demasiado pesado: Algunas veces la comunicación sólo se hace a través de una especie de teléfono y del intercom; enfer-

mo y visitante están separados por un cristal y otras invenciones modernas. No hay que decir que estos tratamientos y cuidados tienen una enorme importancia para todo el equipo de médicos y enfermeras. El resultado son grandes cambios en la formación de aquellos a quienes se confían los cuidados de los enfermos en un hospital totalmente transformado.

RESPONSABILIDAD EN CUANTO A:

Formación, integración teórico-práctica, tecnocratización continua y desarrollo futuro.

He hablado de la personalidad de la enfermera, cómo se presenta en sus relaciones con el enfermo, con el médico, con los visitantes, y entre ellas. En su trabajo de acompañar al enfermo en el plano socio-emotivo que quiero profundizar ante ustedes.

El gran desarrollo de las técnicas médicas, la penetración del pensamiento científico y la aplicación de métodos y técnicas teóricamente fundadas, significan que se exige cada vez más cualidades a las enfermeras. Esto implica que debe estudiar siempre más para estar al día y para evitar quedarse atrás.

¿No hay el riesgo de relegar a un segundo plano la base necesaria a la formación: es decir el sentimiento de solidaridad humana? El *peligro* no es imaginario de que la enfermera se limita a esta cantidad de conocimientos somático-técnicos y haciéndolo así se identifica con el médico. Debemos buscar aquí las razones de la falta de confianza en sí misma para llegar a su identidad profesional y a más independencia. ¿No deberíamos tener interés en subrayar las necesidades socio-emotivas del ser humano, es decir, el enfermo? No son las enfermeras responsables de los intereses psíquicos del enfermo, en la totalidad de su ser humano? No se puede pretender ser una enfermera completa si esta responsabilidad hacia el enfermo es dada de lado. Se trata de valores eternos.

El ser psíquico y físico es uno inseparable.

El psíquico es el más importante y lo herimos privándole de una preparación adecuada para su hospitalización, para su operación; acompañándole mal durante su tratamiento y al anuncio de su dimisión.

Todo esto puede influir profundamente en la vida del enfermo durante meses y años después. ¿No es así cómo el bienestar psíquico y físico se influyen mutuamente y que al descuidar el bienestar psíquico se ve inevitablemente que el bienestar socio-emotivo sufre las repercusiones? ¿No hemos observado nosotras mismas cuánto sufre el bienestar físico del enfermo por una falta de comprensión socio-emotiva de compañía o de cuidados? ¡Cuántos sufrimientos por este lado del ser humano!

Nuestra responsabilidad engloba igualmente la voluntad óptima de comprender, de acompañar, y de cuidar al enfermo en el plano socio-emotivo; de velar por que seamos capaces en cuanto sea posible.

Por esto debemos procurarnos los medios para adquirir estas aptitudes, tanto durante la formación como después durante la práctica. Aprendemos muchas cosas pero la integración de la teoría en la práctica se realiza penosamente. Esto se hace *más o menos* en el plano somato-técnico... pero hace falta mucho. La técnica no debe acaparar toda la personalidad de la enfermera, puesto que las enfermeras son algo más que técnicas simplemente. ¡A ellas les incumbe no llegar a eso!

La adquisición de máquinas las hará sin embargo más técnicas. El riesgo es grande para que la enfermera sea tentada, en el cumplimiento de su trabajo, de dar a la máquina una importancia primordial en lugar de ver un instrumento. ¿Qué piensa la propia enfermera? ¿Busca elevarse gracias a la máquina? ¿Se resigna a ocuparse menos intensamente del enfermo y sus problemas porque ha aparecido la máquina? Cuanto más se intensifica la mecanización, más se agranda la distancia entre el enfermo y los que le cuidan. La enfermera emplea todos los mecanismos para realzarse, pero es en detrimento del enfermo. ¿Qué será el porvenir? La enfermera debe

mirar su profesión como una profesión independiente con su propia personalidad y no como una especie de instrumento del médico. Partiendo de esta idea hay que dar la medida en interés del aspecto socio-emotivo de su trabajo, y colaborar a realizar este ideal.

- Para terminar, estemos de acuerdo sobre los puntos esenciales: el hombre ha inventado la máquina pero esta no debe dominarle.
- La mecanización es un medio, no una meta.
- El hombre no debe permitir que la máquina tenga más poder que él mismo.
- Más alta se pone la mecanización, más descende el acercamiento moral al enfermo.

¿Cómo evitar estos abusos?

Convencer a los jóvenes de que no son dones técnicos los que deciden su valor profesional, sino los dones del carácter y del corazón sin los cuales jamás se sabría dar a los enfermos lo que tienen derecho a esperar en el hospital: el bienestar físico lo mismo que psíquico.

LA PROFESION DE ENFERMERA

Por la señorita ALICIA MARSILLACH

La profesión de enfermera es, indudablemente, una de las más interesantes que existen, debido principalmente a la importancia que puede tener su actuación en un momento dado, cuando el enfermo presenta algún problema.

De esta profesión y de la responsabilidad que entraña, hemos hablado largamente con la señorita Adela Simón, dedicada al asesoramiento y auditoría de enfermería en el Hospital de San Pablo, Barcelona. El tema es inagotable y quedaron seguramente, muchos puntos sin tocar, pero creemos haber abordado los más interesantes y de mayor actualidad.

—¿Cuál es, exactamente, su labor?

—Este es un departamento que se dedica a todo lo que se refiere a problemas de enfermería; San Pablo es el primer hospital de Barcelona que lo posee. Está con-

sagrado a los temas de enfermeras, auxiliares, encargadas de la limpieza, sanitarios, camilleros...

—¿Cuánto personal de este tipo existe actualmente en el Hospital?

—Unas doscientas personas. Sí, ya sé que es un número pequeñísimo, pero este es un problema mundial, no sólo de nuestro país, y que entorpece enormemente la buena marcha de un centro hospitalario.

FALTAN ESCUELAS DE ENFERMERAS

—¿Cuáles son las razones de esta falta de personal?

—Un gran desenvolvimiento de los centros que hace necesario aumentar cada vez más el número de personal. Cada día va más gente a los hospitales, con lo que se

Por esto debemos procurarnos los medios para adquirir estas aptitudes, tanto durante la formación como después durante la práctica. Aprendemos muchas cosas pero la integración de la teoría en la práctica se realiza penosamente. Esto se hace *más o menos* en el plano somato-técnico... pero hace falta mucho. La técnica no debe acaparar toda la personalidad de la enfermera, puesto que las enfermeras son algo más que técnicas simplemente. ¡A ellas les incumbe no llegar a eso!

La adquisición de máquinas las hará sin embargo más técnicas. El riesgo es grande para que la enfermera sea tentada, en el cumplimiento de su trabajo, de dar a la máquina una importancia primordial en lugar de ver un instrumento. ¿Qué piensa la propia enfermera? ¿Busca elevarse gracias a la máquina? ¿Se resigna a ocuparse menos intensamente del enfermo y sus problemas porque ha aparecido la máquina? Cuanto más se intensifica la mecanización, más se agranda la distancia entre el enfermo y los que le cuidan. La enfermera emplea todos los mecanismos para realzarse, pero es en detrimento del enfermo. ¿Qué será el porvenir? La enfermera debe

mirar su profesión como una profesión independiente con su propia personalidad y no como una especie de instrumento del médico. Partiendo de esta idea hay que dar la medida en interés del aspecto socio-emotivo de su trabajo, y colaborar a realizar este ideal.

- Para terminar, estemos de acuerdo sobre los puntos esenciales: el hombre ha inventado la máquina pero esta no debe dominarle.
- La mecanización es un medio, no una meta.
- El hombre no debe permitir que la máquina tenga más poder que él mismo.
- Más alta se pone la mecanización, más descende el acercamiento moral al enfermo.

¿Cómo evitar estos abusos?

Convencer a los jóvenes de que no son dones técnicos los que deciden su valor profesional, sino los dones del carácter y del corazón sin los cuales jamás se sabría dar a los enfermos lo que tienen derecho a esperar en el hospital: el bienestar físico lo mismo que psíquico.

LA PROFESION DE ENFERMERA

Por la señorita ALICIA MARSILLACH

La profesión de enfermera es, indudablemente, una de las más interesantes que existen, debido principalmente a la importancia que puede tener su actuación en un momento dado, cuando el enfermo presenta algún problema.

De esta profesión y de la responsabilidad que entraña, hemos hablado largamente con la señorita Adela Simón, dedicada al asesoramiento y auditoría de enfermería en el Hospital de San Pablo, Barcelona. El tema es inagotable y quedaron seguramente, muchos puntos sin tocar, pero creemos haber abordado los más interesantes y de mayor actualidad.

—¿Cuál es, exactamente, su labor?

—Este es un departamento que se dedica a todo lo que se refiere a problemas de enfermería; San Pablo es el primer hospital de Barcelona que lo posee. Está con-

sagrado a los temas de enfermeras, auxiliares, encargadas de la limpieza, sanitarios, camilleros...

—¿Cuánto personal de este tipo existe actualmente en el Hospital?

—Unas doscientas personas. Sí, ya sé que es un número pequeñísimo, pero este es un problema mundial, no sólo de nuestro país, y que entorpece enormemente la buena marcha de un centro hospitalario.

FALTAN ESCUELAS DE ENFERMERAS

—¿Cuáles son las razones de esta falta de personal?

—Un gran desenvolvimiento de los centros que hace necesario aumentar cada vez más el número de personal. Cada día va más gente a los hospitales, con lo que se

necesitan más enfermeras. Y, lo peor es que no hay suficientes escuelas para formarlas. Y las escuelas que existen en la actualidad son excesivamente teóricas; tanta teoría no sirve, a la larga, para nada, porque lo importante es conocer personalmente al enfermo; saber los síntomas que puede presentar en un momento determinado, cómo debe aplicarse un tratamiento, los cambios que se producen... Todo ello sólo se consigue a base de mucha práctica. La enfermera debe pasar por todas las especialidades de su profesión, antes de elegir una y, sobre todo, debe tener mucho contacto directo con el enfermo.

—¿Es, entonces, una profesión de gran responsabilidad?

—Desde luego. La enfermera ha de estar capacitada para responsabilizarse totalmente. Los médicos realizan todos los días sus visitas por las salas, sus controles, y después se van y no se enteran de los cambios que se pueden producir en el enfermo, si la enfermera no les llama; por ello, las enfermeras de este hospital llevan unas hojas clínicas, en las que se van anotando las diferentes incidencias del enfermo. La verdad es que, si pensamos en la responsabilidad que entraña esta profesión, es como para poner los pelos de punta.

LA MEDICINA MODERNA Y SUS ENORMES GASTOS

—Esa responsabilidad debería requerir un horario muy racional...

—Efectivamente; de haber una organización que controle y organice turnos lógicos. Actualmente éstos son de ocho horas; muchas, desde luego, pero podrían resultar perfectas con la ayuda de un personal competente. También se recomienda que cada enfermera no esté a cargo de unidades mayores de 20 a 25 camas. Pero esto representa un gran problema económico que demuestra los enormes gastos de la medicina moderna.

—¿Por qué no se realiza en nuestro país una propaganda similar a la de Inglaterra para atraer a mayor número de jóvenes que deseen ser enfermeras?

—En Inglaterra esta profesión está organizada desde hace más de cien años y el Estado cuida mucho de ella. En España no se empezó a tomar en serio hasta los años de nuestra Guerra Civil. Antes era como un *hobby*.

La mujer española no está habituada a salir a trabajar, no se considera todavía como una profesional. Y, generalmente, la mujer casada procura no trabajar. Mire, de las estudiantes que terminaban la carrera cuando yo estuve en la Escuela de Oviedo, un cincuenta por ciento únicamente trabajaba y a los dos años sólo lo hacía un quince por ciento. Hay muchas mujeres de cuarenta años, que ya tienen a los hijos mayores y les gustaría volver a trabajar en su profesión, pues lo que aprendieron, posiblemente mal, está ya totalmente sobrepasado; se pensó en la creación de una Escuela de Reeducción de este personal, pero resultaba muy cara y tampoco se tenía la seguridad de que todas volviesen a trabajar.

¿COMO ATRAER A POSIBLES ENFERMERAS?

—¿Hay alguna manera de hacer más atractiva esta profesión?

—Mire, quien siente deseos de ser enfermera porque le guste, ya siente, naturalmente, una gran atracción por ella. Los hospitales deben estar mejor organizados, con otra clase de organización y sistema. Esto es lo que falta, organización.

Y repite la palabra incansablemente y sigue:

«En esta profesión, la materia prima son los enfermos y esa materia prima es de un valor enorme.»

—¿Qué puede decirnos de las auxiliares?

—El problema deriva de que se necesitan más eslabones. Hasta ahora, las enfermeras rechazaban la idea, por miedo de que representara un problema competitivo, pero, en realidad son las perfectas colaboradoras de ellas. Actualmente, la auxiliar no dispone de escuelas oficiales en las que prepararse, y sólo se ve ayudada por su buena voluntad y ganas de trabajar. La misión de la enfermera es cuidar todo lo que atañe al paciente, desde lo más a lo menos importante, pero necesita personal que la ayude. Con una enfermera y dos auxiliares puede atenderse perfectamente al enfermo.

—¿Cuál es, finalmente, el ideal?

—Por ver facilitada la labor de la enfermera, de manera que con menos esfuerzos se pueda atender a mayor número de enfermos. Y los hospitales actuales, tal como están pensados, no ayudan precisamente a conseguir este ideal.

LOS HOSPITALES ANTE EL TERCER PLAN DE DESARROLLO

Por el doctor MIGUEL MARTIN

LIMITACIÓN DE RECURSOS

En todos los comentarios y análisis que se han hecho públicos en torno al capítulo Sanidad en las previsiones del III Plan de Desarrollo, se pone especial énfasis al señalar que la salud pública ha sido tenida en muy poca estima al trazar las directrices para el próximo cuatrienio. Son coincidentes estos criterios, no sólo por parte de la clase médica, la más directamente interesada, por razones obvias, sino por la de expertos en economía, que entienden la alta función social que desempeña en un país el nivel sanitario, como instrumento de cobertura para toda clase de riesgos y protección del individuo. Es lógico, por tanto, que ante la limitación de recursos que para resolver el problema hospitalario español anuncia el III Plan de Desarrollo, se haya abierto una justificadísima inquietud, cuyo estado de ánimo ha tenido reflejo en diversos estudios y análisis.

Uno de ellos, sin duda importante por la trascendencia y alcance de los temas objeto de examen, es el que llevó a cabo, por mandato de la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona, una Ponencia designada al efecto e integrada por los doctores Ignacio Aragó Mitjans, Juan Ramón Masoliver Masoliver, Juan Picañol Peirató, Augusto Salazar Palau y Carlos Soler Durall, la señorita M.^a Rufa Pico Martínez y don Jorge Artigas Candela. En su conjunto, se trata de una crítica constructiva en orden a la revisión de los conceptos sanitarios en general y hospitalarios en particular, contemplados en el III Plan de Desarrollo Económico y Social, por estimar que «el conjunto de los medios arbitrados para estos fines son insuficientes para alcanzar los niveles deseables anunciados en el Plan». Vamos a recoger, en breves síntesis, aquellos aspectos que tienen mayor elocuencia para señalar esta circunstancia gravemente deficitaria a que se alude en los trabajos redactados por la mencionada Ponencia.

EL GASTO REPERCUTE SOBRE EL SECTOR PRODUCTIVO DE LA ECONOMÍA NACIONAL

El doctor Picañol, en el juicio crítico del problema hospitalario español en el III Plan de Desarrollo viene a decir «que la precaria e inconexa red hospitalaria que tiene España en la actualidad, vendrá a ser todavía más insuficiente, si cabe, al finalizar la vigencia del nuevo Plan de Desarrollo, puesto que el aumento previsto en las instalaciones apenas compensará el incremento vegetativo de la población». Este es un punto fundamental que justifica, no sólo la inquietud que ha causado el conocimiento de las líneas generales del Plan, sino el natural deseo de corregir los criterios, a fin de alcanzar una estructura hospitalaria más avanzada y suficiente que pueda atender las necesidades sanitarias del país.

—*En las inversiones previstas en el Plan, ¿qué lugar ocupan los aspectos de Sanidad?*

—Si analizamos la distribución de las inversiones previstas en el III Plan de Desarrollo y ordenamos los epígrafes por orden de magnitudes, de mayor a menor, observamos que el *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social*, ocupa el sexto lugar, en el conjunto de las previsiones, con una asignación de 56.966 millones de pesetas, lo que representa un 7,6 por ciento de las inversiones reales del Plan.

—*¿Y para hospitales concretamente?*

—Las cantidades indicadas van destinadas globalmente a *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social*, sin que se especifique en ningún momento cuál es la inversión indicada concretamente a hospitales. Además, debe añadirse a este sector una cantidad indeterminada comprendida en los 11.319 millones que, en el sector Educación y Cultura, está presupuesta para Enseñanza Universitaria, y en la que incluyen la construcción de Hospitales Clínicos.

—¿Pero habrá una distribución de los fondos previstos?

—Analizando el detalle de las inversiones del sector *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* vemos que de los 56.900 millones de pesetas correspondientes al mismo, se destinan 30.000 millones a las instalaciones sanitarias del Instituto Nacional de Previsión y solamente 5.900 millones a centros hospitalarios no pertenecientes a la Seguridad Social. Y que la financiación de estos 5.900 millones corre a cargo de las Corporaciones locales en sus dos terceras partes (4.000 millones), destinando tan sólo el Estado 1.900 millones de su presupuesto a centros hospitalarios.

LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PROVIENEN, FUNDAMENTALMENTE, DE LAS EMPRESAS Y DE LOS TRABAJADORES

Hay unas observaciones de singular interés en el trabajo del doctor Picañol Peirató, cuando examina las fuentes de financiación. Dice así:

«En cuanto a las instalaciones sanitarias del Instituto Nacional de Previsión (30.000 millones de pesetas) van financiadas íntegramente por fondos de la Seguridad Social, que se nutren de cuotas que provienen por una parte de las empresas y por otra de los asalariados. Las cuotas que las empresas pagan a la Seguridad Social recargan sus gastos generales y, por tanto, encarecen sus productos o servicios, lo que equivale a decir que gravan indiscriminadamente el coste de la vida; las cuotas que pagan los asalariados reducen, naturalmente, su capacidad adquisitiva. La deducción que surge inmediatamente es que la financiación de las instalaciones sanitarias de la Seguridad Social previstas en el III Plan de Desarrollo, aunque muy estimables, se cargan en su mayor parte sobre los sectores de población menos favorecidos económicamente. Lo que no nos parece todo lo justo que debiera ser, tratándose de un bien primordial para la población como es la salud.

»La cantidad total destinada a hospitales, 35.900 millones, se desglosa en dos partidas, 30.000 millones para las instalaciones de la Seguridad Social (83,56 %) y 5.900 millones para el resto de los hospitales (16,44 %). Ahora bien; si distribuimos en estas dos mismas partidas las 160.000 camas hospitalarias del país vemos que corresponden 26.000 a la Seguridad Social (16,2 %) y 134.000 a los hospitales restantes (83,7 %). De lo que resulta una situación curiosamente paradójica: el 83,56 % de la ayuda del Plan va destinada a un 16,2 % de las camas del país, mientras que el 83,7 % de las camas, cuya inmensa mayoría, por otra parte, están ubicadas en instalaciones netamente deficitarias en relación con las del Instituto Nacional de Previsión, no recibe más que el 16,44 % de la ayuda.»

Como síntesis de cuanto ha quedado expuesto en este capítulo, podríamos decir que cuando en realidad el

Plan destina una cantidad relativamente importante (30.000 millones de pesetas) a las instalaciones hospitalarias, lo hace prácticamente con cargo a los propios organismos de la Seguridad Social, cuyo presupuesto se nutre de dinero que proviene por mitades de las empresas y de los trabajadores. «En uno y otro caso —afirma el doctor Picañol— el gasto repercute sobre el sector productivo de la economía nacional, ya sea a través de la elevación del coste de la vida o a través de la reducción del poder adquisitivo de las clases económicamente menos favorecidas.» Le sobra razón al doctor Picañol. Este es un criterio que ya ha sido ampliamente contrastado en el seno de las empresas, a la vista del enorme impacto que supone, para la tesorería de las mismas, la contribución al sostenimiento de la Seguridad Social.

LA SALUD, FACTOR FUNDAMENTAL DEL DESARROLLO

Inquieta asimismo a los miembros de la Ponencia redactada por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona, el capítulo de creación de nuevas camas hospitalarias, que ofrece también un cuadro realmente desalentador a la vista de las previsiones hechas por el III Plan de Desarrollo. Se ha ocupado de este tema preocupante la señorita Pico Martínez, quien recoge, en primer lugar, unas afirmaciones hechas por el presidente de la XXIII Asamblea Mundial de la Salud. «El mundo médico ha de hacer mucho todavía para convencer a los políticos y a los tecnócratas de que la salud no es sólo una cuestión de consumo, sino un factor fundamental del desarrollo. Las inversiones efectuadas en el sector de la salud han de considerarse como elementos fundamentales del proceso de desarrollo, ya que únicamente un pueblo liberado de enfermedades puede sustraerse al azote de la miseria que todavía padece la mayor parte de la humanidad.»

Es, en efecto, desalentador contemplar el panorama de camas hospitalarias en España. Y lo que es peor, advertir los escasos recursos que el III Plan destina para eliminar esta situación. Veamos: el panorama español en materia de camas hospitalarias, nos demuestra que somos el país de Europa con menos número de estas camas, 4,52 por 1.000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones en materia hospitalaria, da para Europa un índice mínimo de 10 camas por cada 1.000 habitantes. Esta cifra oscila, según distintas naciones, de esta suerte: Suecia tiene 14,2 por 1.000 habitantes y estima sus necesidades en 16. Hungría, que dispone de 8,03, considera que precisa 11 camas por 1.000 habitantes.

Nuestra situación es realmente triste. Y lo que es más lamentable, tampoco el III Plan de Desarrollo va a sacarnos de tan pobre condición, pues sólo prevé un aumento de 0,55 camas por 1.000 habitantes, según el siguiente cuadro: Estado, 0,05 %; Seguridad Social, 0,40 y Corporaciones locales, 0,10.

*OTRO PROBLEMA INQUIETANTE:
EL FABULOSO GASTO DE FARMACIA
EN LA SEGURIDAD SOCIAL*

Queremos señalar aquí otro tema preocupante, al que en verdad también se hace alguna alusión en el informe preparado por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Nos referimos al fabuloso gasto de farmacia en la Seguridad Social, que para el último año se estima en unos 27.000 millones de pesetas. «Queremos llamar la atención sobre este punto —dice el doctor Artigas Candel—, porque entendemos que la Seguridad Social debería tener sus propios laboratorios farmacéuticos. Ello les ahorraría un mínimo del 30 %.»

En torno a este capítulo, de tan honda repercusión dentro de la estructura económica de la Seguridad Social, se ha dicho que aproximadamente el 50 % de los medicamentos que recetan los médicos de la S. S. van

a parar al cubo de la basura. Y esto en un país donde las pensiones de los jubilados son una auténtica vergüenza nacional. No cabe duda que la Seguridad Social tiene que poner orden en este enorme gasto de farmacia.

Nadie pretende dejar corto de medicación a un enfermo. Pero cuando tan precaria es la situación hospitalaria del país y cuando tan lejos estamos de alcanzar el nivel mínimo en número de camas, es inadmisibles que se produzca este escandaloso derroche en farmacia. Hay que salir al paso de tan anárquica situación, mucho más ahora que el Ministerio de Trabajo pretende forzar todavía más la participación económica de empresarios y trabajadores para financiar una Seguridad Social más avanzada en la línea de las prestaciones a los jubilados. La salud ha de entenderse, en efecto, como un factor del desarrollo. Pero dentro de un equilibrio coordinado, donde no se produzcan contrastes tan acusados como el que ahora vemos entre el gasto de farmacia y la escasez de camas hospitalarias.

REFLEXIONES SOBRE EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Por el doctor JUAN CABRERIZO PORTERO

Vivimos en una etapa en que la sociedad siente una preocupación grande e interés por la Medicina, requiriendo de esta ciencia una conservación y promoción de la salud de los ciudadanos mediante el uso de los recursos técnicos que los actuales conocimientos y saber de la Medicina posibilitan a los médicos en su ejercicio profesional.

Esta atención pública se proyecta con insistencia hacia los Centros hospitalarios, la sociedad analiza sus hospitales, desea conocer la calidad y acreditación de ellos y procura su perfeccionamiento funcional.

El Hospital moderno, como conjunto funcional, es un centro dinámico que ha sobrepasado el límite de sus muros, proyectándose hacia la sociedad a la que sirve atendiendo sus demandas de salud y a la que debe mantener informada de sus necesidades, reclamando de ella una participación activa en su gestión y proyección.

La consideración del Hospital como un centro sanitario autónomo, está desfasada, una Institución hospi-

talitaria constituye el núcleo de un sistema de salud que se extiende desde el hospital hasta el domicilio de los pacientes, pasando por fases de consultas externas, servicios de urgencia y atención domiciliaria de los enfermos. Esta visión unitaria debe presidir la realización de la planificación asistencial y la política sanitaria a nivel provincial y nacional.

La teoría hospitalaria ha definido clásicamente la proyección funcional de los centros en una triple dirección: Función Clínica asistencial, Función Docente y Función de investigación, a la que añadimos la proyección Social del centro a la comunidad.

Todos los Centros Sanitarios deben desarrollar una función docente, que se vincula a la tradicional actividad asistencial; criterios generales, sociales, docentes y económicos impiden que los hospitales eludan el desarrollo de actividades docentes y queden sin utilizar, desde el punto de vista didáctico los recursos de material clínico y archivos que las Instituciones poseen.

*OTRO PROBLEMA INQUIETANTE:
EL FABULOSO GASTO DE FARMACIA
EN LA SEGURIDAD SOCIAL*

Queremos señalar aquí otro tema preocupante, al que en verdad también se hace alguna alusión en el informe preparado por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Nos referimos al fabuloso gasto de farmacia en la Seguridad Social, que para el último año se estima en unos 27.000 millones de pesetas. «Queremos llamar la atención sobre este punto —dice el doctor Artigas Candel—, porque entendemos que la Seguridad Social debería tener sus propios laboratorios farmacéuticos. Ello les ahorraría un mínimo del 30 %.»

En torno a este capítulo, de tan honda repercusión dentro de la estructura económica de la Seguridad Social, se ha dicho que aproximadamente el 50 % de los medicamentos que recetan los médicos de la S. S. van

a parar al cubo de la basura. Y esto en un país donde las pensiones de los jubilados son una auténtica vergüenza nacional. No cabe duda que la Seguridad Social tiene que poner orden en este enorme gasto de farmacia.

Nadie pretende dejar corto de medicación a un enfermo. Pero cuando tan precaria es la situación hospitalaria del país y cuando tan lejos estamos de alcanzar el nivel mínimo en número de camas, es inadmisibile que se produzca este escandaloso derroche en farmacia. Hay que salir al paso de tan anárquica situación, mucho más ahora que el Ministerio de Trabajo pretende forzar todavía más la participación económica de empresarios y trabajadores para financiar una Seguridad Social más avanzada en la línea de las prestaciones a los jubilados. La salud ha de entenderse, en efecto, como un factor del desarrollo. Pero dentro de un equilibrio coordinado, donde no se produzcan contrastes tan acusados como el que ahora vemos entre el gasto de farmacia y la escasez de camas hospitalarias.

REFLEXIONES SOBRE EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Por el doctor JUAN CABRERIZO PORTERO

Vivimos en una etapa en que la sociedad siente una preocupación grande e interés por la Medicina, requiriendo de esta ciencia una conservación y promoción de la salud de los ciudadanos mediante el uso de los recursos técnicos que los actuales conocimientos y saber de la Medicina posibilitan a los médicos en su ejercicio profesional.

Esta atención pública se proyecta con insistencia hacia los Centros hospitalarios, la sociedad analiza sus hospitales, desea conocer la calidad y acreditación de ellos y procura su perfeccionamiento funcional.

El Hospital moderno, como conjunto funcional, es un centro dinámico que ha sobrepasado el límite de sus muros, proyectándose hacia la sociedad a la que sirve atendiendo sus demandas de salud y a la que debe mantener informada de sus necesidades, reclamando de ella una participación activa en su gestión y proyección.

La consideración del Hospital como un centro sanitario autónomo, está desfasada, una Institución hospi-

talaria constituye el núcleo de un sistema de salud que se extiende desde el hospital hasta el domicilio de los pacientes, pasando por fases de consultas externas, servicios de urgencia y atención domiciliaria de los enfermos. Esta visión unitaria debe presidir la realización de la planificación asistencial y la política sanitaria a nivel provincial y nacional.

La teoría hospitalaria ha definido clásicamente la proyección funcional de los centros en una triple dirección: Función Clínica asistencial, Función Docente y Función de investigación, a la que añadimos la proyección Social del centro a la comunidad.

Todos los Centros Sanitarios deben desarrollar una función docente, que se vincula a la tradicional actividad asistencial; criterios generales, sociales, docentes y económicos impiden que los hospitales eludan el desarrollo de actividades docentes y queden sin utilizar, desde el punto de vista didáctico los recursos de material clínico y archivos que las Instituciones poseen.

Es en los Hospitales Clínicos donde estas necesidades docentes inciden con más gravedad, la finalidad prioritaria de estos Centros es la impartición de una enseñanza preminente práctica a pregraduados y post-graduados procurando una adecuada armonía entre éste y las restantes personas encomendadas legal y estatutariamente a los Hospitales Clínicos.

La enseñanza de la Medicina es lo más interesante e importante en los Hospitales Clínicos, pero esta faceta no puede facilitar la renuncia a otras misiones hospitalarias de valor y rango social. La tecnificación de la Medicina, la progresiva especialización de ella, el mejoramiento de los medios diagnósticos y eficacia de los sistemas terapéuticos hacen que el hospital tenga que proyectar siempre esta función docente, que le es propia, sobre su personal colaborador y el personal sanitario de la zona geográfica de influencia mediante cursos de especialización tratamiento y actualización de conocimientos.

Panorama sugestivo es la contemplación del Hospital Clínico como núcleo orgánico y básico de un sistema Regional de salud extendido a toda una provincia. Este debe procurar ser «autosuficiente» atendiendo todas las demandas de salud de la población en cualquier sector de la Patología que se requieran. El Hospital Clínico de mayor rango jerárquico en esta Red de hospitales de la región, aspirará a desarrollar una medicina de elevada calidad técnica y humanizada, que abarque los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación social y médica, presidido en su práctica por criterios unitarios.

Este Hospital Clínico debe establecer unos principios de colaboración con los restantes hospitales, provinciales, comarcales, rurales de la región en ejercicio de una adecuada y sana política de coordinación hospitalaria justificada por motivaciones sociales, económicas y técnicas, ya que la medicina debe alcanzar a todos los enfermos sin discriminaciones sociales o geográficas, con todas las posibilidades y eficacia que los actuales recursos técnicos y humanos permiten.

El Hospital Clínico al concentrar recursos y equipos técnicos al servicio de todos los miembros de la comunidad, está potenciado para la práctica de una Medicina de elevada calidad que debe extender su acción a todos los habitantes de la provincia, complementando la asistencia de los restantes hospitales en aquellas facetas o ramas especializadas de la Medicina no configuradas en hospitales comarcales o rurales, esta función de complementariedad entre el Hospital Clínico y restantes estamentos hospitalarios de la región tiene que ser contemplada en una normativa legal que configure al hospital clínico como Centro Sanitario abierto y con responsabilidad de completar o sustituir la acción asistencial de los hospitales situados en escala inferior en la estructura de la Red hospitalaria.

El organismo del hospital clínico debe prever en sus estatutos esta organización jerárquica de los servi-

cios hospitalarios con el principio de superación y dinamismo en su proyección futura para complementar posibles incrementos de la demanda asistencial en órdenes cuantitativos y cualitativos. Para alcanzar estos fines propuestos el hospital clínico debe estructurarse en Servicios coordinados y funcionalmente unificados con Departamentos correspondientes de la Facultad de Medicina y mantener un régimen horario adecuado de actuación profesional.

La situación actual de los Hospitales Clínicos en diversos países y en España, no les permite impartir una docencia práctica de adecuada calidad a los numerosos alumnos existentes en las Facultades de Medicina, por lo que éstas han iniciado una línea de apertura de la instrucción práctica de sus pregraduados, al admitir la necesidad de nuevos rumbos en la enseñanza de la Medicina, rumbos que a veces exigen cambios radicales en la sistemática.

En esta proyección vemos la Red de Hospitales de la Seguridad Social, conjunto de instituciones de excelente nivel técnico y calidad asistencial, ya que como todos los hospitales son instituciones docentes con arreglo al estado actual de su doctrina hospitalaria, que incorporan a su actividad clínico-asistencial, el desarrollo de unas funciones docentes y su acreditación le debe concepcionar como centro de formación y como tal deben ser puestos al servicio de la enseñanza sin perjuicio de que sean respetadas las características especiales de ellas. Creemos que esta colaboración docente de los Hospitales no universitarios con las Facultades de Medicina y Hospitales Universitarios puede ser más íntima y real, mediante la valoración adecuada de las posibilidades docentes coordinadas de estas importantes instituciones hospitalarias existentes a fin de atender las necesidades crecientes en la enseñanza universitaria. Este contacto será beneficioso mutuamente, ya que los alumnos pueden ampliar sus conocimientos y educación médica en el estudio de los enfermos internados o asistidos en consultas externas en estos hospitales no clínicos y las instituciones tendrán el constante estímulo que supone la práctica de la enseñanza en el centro, evitando la sistematización en el quehacer profesional cotidiano y manteniendo un espíritu de inquietud y emulación entre los miembros de su cuerpo médico.

Esta conexión y colaboración puede plasmarse mediante la vinculación de los hospitales no clínicos con la Facultad de su región geográfica, con una política que cristalice en los denominados Hospitales Asociados, en los cuales el centro está al servicio de la enseñanza de pregraduados y post-graduados en Medicina, con respeto de sus características funcionales y autonomía patrimonial y reconocimiento o equiparación de una categoría universitaria a las posibilidades docentes, mediante valoración del curriculum de los distintos jefes de departamentos y servicio; de esta forma mejorarían sensiblemente las condiciones de la enseñanza de la Medicina y la rentabilidad hospitalaria.

LA DIETÉTICA EN LOS HOSPITALES Y EL HOGAR

La Medicina abarca toda una serie de ramas del saber, desde la más sencilla a la más complicada. Y quizás una de las más olvidadas por el público es la de la Dietética. El régimen alimenticio del enfermo tiene una gran importancia, no sólo dentro del hospital o la clínica, sino en el hogar. De este tema hablamos con el doctor don Santiago Coll Monegal, secretario de la Asociación para el Desarrollo Hospitalario.

—*En general, ¿se come bien en el mundo?*

—Este es un problema internacional. A todos los niveles, la gente come mal; hasta en un país tan adelantado como los Estados Unidos, se comprobó en unos estudios que había un déficit de vitaminas, calcio y sales minerales en la alimentación de la gente que, normalmente, se consideraba comía bien. Y en España hay regiones en las que no comen lo que deberían comer. Por ello, es necesario que haya personas que enseñen a comer.

—*¿Dónde?*

—Primeramente, a nivel de escuela; después, a nivel de fábricas, oficinas..., ya que a mejor alimentación, más rendimiento, y en los hospitales y clínicas. Hay que explicar que por el hecho de seguir un régimen no se tiene, necesariamente, que comer mal y los centros médicos pueden ser los lugares ideales para orientar al enfermo y a su familia sobre dietas y forma de preparación de las mismas.

—*¿Se ha hecho ya algo en este sentido?*

—Hace seis años se creó en Cruz Roja la enseñanza de esta faceta de la Medicina. Con la Asociación para el Desarrollo Hospitalario se hicieron unos cursos de ámbito ciudadano, en el que durante nueve meses se impartían enseñanzas teóricas y prácticas sobre el tema. Lo que ocurre es que no tenemos personal suficiente; la mayoría de centros no se han planteado el problema y, por esta razón, al faltar personal que pueda ejercer la función docente, tendremos que hacer los cursos cada dos años. Vamos a intentar reunir un grupo de gente que se ocupe de formar personal para el trabajo. En el distrito de Cataluña y Baleares, de los doscientos setenta y dos centros hospitalarios existentes, sólo una docena se preocupan verdaderamente del problema. Por cada cien camas, se necesitan diez dietetistas que puedan cuidar de la confección de los diferentes regímenes y de cada menú. Actualmente, en Cruz Roja hay dos especialistas más el personal auxiliar, y se puede considerar que están muy desarrollados.

—*Pero, ¿quién reúne las condiciones para preparar estos especialistas?*

—Todos somos conscientes de que hay que preparar gente. La mayoría de los que actualmente lo hacen en estos momentos son o sudamericanos o franceses. Hay que empezar a pensar en crear nuestros propios equipos y para ello hay que crear una conciencia administrativa y ciudadana. En el extranjero existen muchos centros de preparación, con título oficial, a nivel de Escuelas Técnicas; aquí esperamos conseguirlo, pero los problemas burocráticos que se plantean desaniman a cualquiera.

Si pudiéramos —continúa el doctor Coll Monegal— actuar a nivel de hospital como núcleo, haríamos cosas verdaderamente importantes; no pedimos veinte escuelas, sino juntarnos todos los hospitales y crear una sola, en plan de grupo homogéneo.

—*¿Qué se puede hacer al nivel del hombre de la calle?*

—Ya existe una Escuela de Dietética por correspondencia que efectúa una labor muy útil y se tendría que potenciar. Nosotros creamos hace tiempo unas cenas-conferencia para diabéticos, cardíacos, obesos y ulcerosos, que permitían el diálogo y eran una demostración práctica de lo que antes apuntaba: se puede seguir una dieta y comer bien. En general, creo que ese es un papel social del que el hospital podría hacerse cargo. Que cada hospital se responsabilice de la salud de su distrito, de sus ciudadanos.

—*¿Cómo toma el enfermo la idea de la dieta?*

—Inicialmente, se preocupa más por la enfermedad en sí que por el régimen a seguir, pero luego empieza a cansarse de este último. La faceta de la alimentación es muy importante, es necesario que el enfermo coma lo que debe y para ello hay que presentárselo de manera atractiva y bien cocinado, pues en caso contrario, la dieta pierde toda su eficacia, ya que el enfermo deja la mitad de la comida en el plato.

—*¿No es demasiado caro un régimen?*

—Comer bien no quiere decir comer caro. Es preferible un pescado congelado de primera categoría que uno fresco de tercera o cuarta; una dieta correcta puede perfectamente ser económica. Lo curioso es que el ciudadano medio, cuando no se le da un régimen muy estricto por su enfermedad, piensa que el médico no actúa seriamente.

Y el doctor Coll Monegal termina nuestra conversación con estas palabras:

—Hay que ayudar a tener mejor conocimiento de lo que es bueno en la alimentación. Los problemas que comporta un régimen no son tan dramáticos como el público cree normalmente.

A. M.

LEGISLACION DEL ABORTO

Mr. William D. Nelligan,
Director Ejecutivo
del American College of Cardiology

Estimado señor Nelligan:

Cura y prevención de enfermedades, cuyas funciones son la esencia de la Medicina, están en absoluta antítesis con la destrucción de la vida humana.

Esta contradicción es tan evidente que me resultó difícil creer que Nueva York había aceptado, hacía algunos meses, la legislación del aborto.

Pensé entonces que la legislación sólo alcanzaría al Estado de Nueva York; es decir, nunca consideré la posibilidad de que semejante locura llegara a extenderse por todo el país.

Recibí una sorpresa desconcertante cuando leí que el aborto no era condenado; por el contrario, la Corte Suprema de los Estados Unidos de América promulgó una ley permitiendo el aborto, definida contradicción a la Constitución de la nación.

Desde Hipócrates, el principio de la moral para proteger la vida humana se encierra en el juramento de un médico, y si es ignorado por algún doctor, la dignidad de todos está deshonrada.

Me encuentro profundamente contrariado porque nadie de las sociedades norteamericanas de Medicina ha protestado ante la legalización del aborto. Y claro, este silencio tiene que ser interpretado como una aprobación a esta ley, en cuyo caso la filosofía moral de la Sociedad está, por consiguiente, en contra de mis propios principios.

Siempre he tratado de vivir de acuerdo con mi propia filosofía. Por ello, hasta que la Sociedad Americana de Medicina, a la cual pertenezco, manifieste sus objeciones a este crimen legal, yo significo las siguientes decisiones:

1. Solicito la aceptación de mi renuncia como miembro del Colegio Americano de Cardiología.
2. Rehúso, también, a cualquier invitación para participar en los cursos posgraduados organizados por su Sociedad.
3. Informaré a todas las sociedades cardiológicas del resto del mundo, así como a muchos individuos eminentes sobre estas decisiones.

También rehúso a estas otras sociedades por este conflicto moral:

Colegio Americano de Médicos.
Colegio Americano de Médicos del Pecho.
Academia Neoyorquina de Ciencias.
Asociación Americana del Corazón.
Sociedades Geriátricas.
Colegio Americano de Profesiones Generales, Medicina, Osteopática y Cirugía.
Asamblea Internacional Médica del Sudoeste de Texas.
Capítulo del Distrito de Houston, Asociación del Corazón de Texas.
Colegio de Osteopatía, Médicos y Cirujanos.

Estoy enterado de las reacciones desfavorables que surgirán en contra de mi proceder, así como de los perjuicios en mi posición científica. Sin embargo, estoy firmemente convencido que alguien debe protestar bien alto en contra de semejante organizado y legalizado crimen.

Atentamente,

DOCTOR DEMETRIO SODI PALLARÉS
Instituto Nacional de Cardiología
Méjico

LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS

Transcribimos el programa de derechos del paciente promulgado por la Asociación Americana de Hospitales el 17 de noviembre de 1972. Y asimismo los derechos del paciente del Hospital Beth Israel.

I

ESPECIFICACIONES, O DECLARACIONES EN EL PROGRAMA DERECHOS DEL PACIENTE, CONFIRMADOS POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACION, 17 DE NOVIEMBRE DE 1972

La Asociación Americana de Hospitales presenta un programa de los Derechos del Paciente con la esperanza de que la observancia de estos derechos contribuirá a un más efectivo cuidado del paciente así como mayor satisfacción para el paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos con la esperanza de que los mismos sean apoyados por el hospital en beneficio de sus pacientes, como parte integrante del proceso de curación. Está bien reconocido el hecho de que la relación personal y amistosa entre el médico y el paciente es esencial para proporcionar los cuidados médicos adecuados. La relación tradicional médico-paciente cobra una nueva dimensión cuando se incluye con cuidado y atención dentro de una estructura organizacional.

Precedentes legales establecen que la institución misma tiene responsabilidades también hacia el paciente. Es en reconocimiento de estos factores que estos derechos son confirmados.

1. El paciente tiene derecho a cuidados adecuados y respetuosos.
2. El paciente tiene el derecho de obtener de su médico información completa y actualizada con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma tal que el paciente pueda razonablemente entenderlo. Cuando no sea aconsejable médicamente darle tal información al paciente, la misma debe proporcionarse a la persona allegada a su cuidado. Él tiene el derecho de conocer el nombre del médico responsable de su cuidado.
3. El paciente tiene el derecho de recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento, con conocimiento de causa, al comienzo de cualquier proceso y/o tratamiento. Excepto en casos de emergencia, tales informaciones, para consentimiento con conocimiento de causa, incluirían no necesariamente limitados al proceso específico y/o tratamiento, los riesgos médicos involucrados, y la probable duración de incapacidad. Cuando existan alternativas médicas importantes para los cuidados o tratamiento, o cuando el paciente requiera información acerca de alternativas médicas, el paciente tiene derecho a dicha información. El paciente tiene asimismo el derecho de conocer el nombre de la persona responsable del proceso y/o tratamiento.
4. El paciente tiene el derecho de rechazar el tratamiento hasta los límites permitidos por la ley y de ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
5. El paciente tiene el derecho de toda clase de consideraciones de sus derechos privados con respecto a su programa de cuidados médicos. Discusión, consulta, examen y tratamiento son confidenciales y deben ser tratados discretamente. Las personas que no están directamente involucradas en su cuidado, deben tener permiso del paciente para asistir o estar presentes.
6. El paciente tiene derecho a esperar que todos los

informes médicos y comunicaciones pertenecientes a su cuidado, deben ser tratados como confidenciales.

7. El paciente tiene el derecho a esperar que, dentro de su capacidad, el Hospital se haga razonablemente responsable a las peticiones de servicio por parte de un paciente. El Hospital debe proporcionar, evaluación, servicio y/o traslado, como indique la urgencia del caso. Cuando médicamente se prevea el traslado del enfermo a otro centro de sanidad, ello se podrá efectuar solamente después que el paciente haya recibido información completa y explicaciones concernientes a las necesidades y alternativas de tal traslado. La institución a la cual el paciente debe ser trasladado o transferido, debe en primer lugar haber aceptado al paciente.
8. El paciente tiene el derecho de obtener información sobre cualquier relación de su hospital con otro instituto médico, siempre que sea concerniente a su cuidado. El paciente tiene derecho a estar informado de la existencia y nombres de las personas relacionadas profesionalmente que le estén tratando.
9. El paciente tiene el derecho a ser informado si el hospital se propone realizar o desarrollar experimentos humanos que afecten su cuidado o tratamiento. El paciente tiene el derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.

10. El paciente tiene el derecho a esperar una razonable continuidad de cuidados. Tiene el derecho de conocer por adelantado el horario de visita de los médicos, cuáles están disponibles y dónde. El paciente tiene el derecho de esperar que el hospital proporcione un mecanismo por el cual su médico, o persona encargada por su médico le informe de las necesidades de cuidados de su salud, después de haber sido dado de alta.
11. El paciente tiene derecho de examinar y recibir explicaciones sobre su factura, prescindiendo de la fuente de pago.
12. El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y condiciones de hospital le corresponden como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede garantizarle al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un Hospital tiene muchas funciones a desarrollar incluyendo la prevención y tratamiento de las enfermedades, la instrucción de ambos, profesionales de la salud y pacientes y la gestión o manejo de investigaciones clínicas. Todas estas actividades deben ser manejadas con suma dedicación e interés hacia el paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. Conseguir este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

II

BETH ISRAEL HOSPITAL

Por el doctor MITCHELL T. RABKIN
Director General

El Hospital Beth Israel, sus doctores, enfermeras y todo el personal se comprometen en asegurarle excelente cuidado como paciente nuestro. Ha sido siempre nuestra política el respetar su individualidad y su dignidad. Esta relación se publica para estar seguros de que usted conoce los extensos derechos que le pertenecen como paciente del Beth Israel.

1. Usted tiene derecho a los mejores cuidados médicos que estén indicados para su problema, es decir el tratamiento disponible más adecuado, sin tener en cuenta aspectos tales como raza, color, religión, nacionalidad, o fuentes de pago para su cuidado.
2. Usted tiene el derecho de ser tratado respetuosamente por otros, a ser llamado por su nombre propio y sin familiaridades inadecuadas, a ser escuchado cuando tenga que preguntar algo o desee más información y a recibir una respuesta adecuada y que le sirva de ayuda.
3. Usted tiene el derecho a esperar que se respete su

individualidad, y que se le tengan en cuenta las diferencias de cultura y educación inherentes a su procedencia.

4. Usted tiene derecho a intimidad. En la clínica, debe ser posible que usted hable con su doctor, enfermera u otro sanitario, o bien oficial administrativo en privado y saber que la información que usted dé no será escuchada, ni dada a otras personas sin su permiso. En el Hospital, cuando usted se encuentre en su habitación semi-privada, usted puede esperar un razonable esfuerzo para que la conversación se mantenga en privado. Cuando le examinen, tiene derecho a intimidad, tener las cortinas corridas y conocer la labor desarrollada en cuanto a su cuidado, cualquier persona asistente u observador y a pedir que los observadores se marchen si no están directamente relacionados con su cuidado. Si usted está hospitalizado, ninguna persona del exterior le puede ver sin su permiso. (Se refiere a persona del exterior que no pertenezca al personal del hospital). Sus informes médicos son privados también y ninguna persona o agencia, aparte los que cuidan de usted, pueden enterarse de la información contenida en sus informes médicos, sin su permiso.
5. Usted tiene derecho a saber el nombre del doctor responsable de su cuidado. Y a hablar con este doctor y cualquier otro que le cuide. A recibir la información necesaria para que usted entienda sus problemas médicos, el curso del tratamiento planeado (incluyendo una explicación completa acerca de los procedimientos diarios y pruebas o exámenes) y el pronóstico o futuras previsiones médicas para su futuro; a recibir instrucción adecuada de cómo cuidarse, prevención de incapacidad y mantenimiento de la salud. Usted tiene el derecho de preguntar a su doctor cualquier cuestión referente a su salud. Usted tiene el derecho a conocer a la persona que le efectuará una prueba o examen, o que le vaya a operar y el derecho a rechazarlo. Porque se trata de un Hospital universitario, usted puede encontrarse doctores, enfermeras o asistentes sanitarios que se estén entrenando; o usted puede ser requerido para participar en estudios especiales. Creemos que la presencia de estudiantes añade calidad a los cuidados. No obstante usted tiene derecho a una explicación completa sobre cualquier estudio de investigación o programa de entreno para estudiantes, antes de que usted esté de acuerdo en participar en ello, y el derecho también de negarse a participar. Si usted está de acuerdo con el diagnóstico y procedimientos recomendados por su doctor,

se le puede pedir que firme su consentimiento, pero si usted se niega, todavía tiene el derecho de recibir la mejor ayuda que el Hospital pueda darle u ofrecerle bajo las circunstancias.

6. Usted tiene el derecho de abandonar el Hospital incluso si su doctor le advierte en contra de ello, excepto si usted tiene alguna enfermedad infecciosa que pueda perjudicar la salud de otras personas, o si usted es incapaz de mantener su propia seguridad, como define la ley. Si usted decide abandonar el Hospital antes que el doctor se lo autorice, el Hospital no se hace responsable de cualquier perjuicio que ello le cause y le será pedido que firme un «Parte de alta en contra de advertencia médica».
7. Usted tiene el derecho de informarse sobre la posibilidad de ayuda monetaria o financiera que le ayude en el pago de su factura en el Hospital, también el derecho de recibir información y asistencia en conseguir tal ayuda.

Los pacientes también tienen ciertas responsabilidades que deben ser observadas o llevadas a cabo en beneficio de sus propios intereses.

Se ruega respetar las entrevistas o bien telefonar al Hospital cuando no se puede acudir a una entrevista previamente acordada; traiga con usted información completa de pasadas enfermedades, hospitalizaciones, medicaciones y cualquier otro asunto relacionado con su salud; sea comunicativo y honesto con nosotros respecto a las instrucciones que recibe concernientes a su salud, o sea díganos de inmediato si no entiende alguna cosa, o si cree que no podrá seguir las instrucciones.

Tiene la responsabilidad de ser considerado con los otros pacientes y de procurar que los que le visiten sean considerados también, en particular en lo que se refiere a ruidos y a fumar, lo cual molesta a menudo a los otros pacientes que tiene cerca de usted.

También tiene la responsabilidad de atender prontamente el pago de las facturas del Hospital, de suministrar la información necesaria para el proceso de seguro de sus facturas y de hacer prontamente cualquier pregunta que se le ocurra respecto a sus facturas.

El Hospital Beth Israel está sumamente interesado en conservar su salud al máximo. Si nota que no se le atiende con consideración y adecuadamente, tiene el derecho de exponérselo a su doctor, enfermera, jefe de unidad o cualquier ayudante sanitario, o al Administrador.

Este mensaje refleja el interés y filosofía de todo el personal del Beth Israel Hospital.

Seleccionó y presenta: F. SOLA, O. H.

La atención a los moribundos

EL ESPIRITU DE ENTREGA DE TODA PERSONA CONSAGRADA AL CUIDADO Y ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS, DEBE REFLEJARSE DE FORMA EXTRAORDINARIA, JUNTO A LA CAMA DE LOS MORIBUNDOS

REALIDADES QUE HACEN PENSAR

Queremos llamar la atención sobre la asistencia a los moribundos.

El escritor y doctor en teología Hans-Christoph Piper ha reflexionado agudamente sobre la incapacidad frente a la muerte como un problema de la pastoral de los moribundos que nos afecta a todos.

En un Hospital de Nueva York un psicólogo hizo el experimento de sentarse cronómetro en mano, en el pasillo. Informado del estado de los enfermos de las diversas salas y de sus posibilidades de supervivencia se puso a medir el tiempo que transcurría entre las llamadas y las respuestas de las enfermeras responsables. Notó que las enfermeras acudían rápidamente a las llamadas de los enfermos que estaban en vías de curación, mientras que respondían sin mostrar prisa alguna a las llamadas de los que estaban a punto de morir. Un auténtico estupor se pintó en el rostro de las enfermeras, cuando el psicólogo les comunicó los resultados de su encuesta. Todas quedaron sorprendidas y se defendieron ante una tal «hipótesis». Su comportamiento expresaba, evidentemente, un instinto de defensa inconsciente frente a la muerte.

La muerte de un enfermo es una derrota para el médico. Su capacidad profesional, la conciencia que tiene de sí mismo, la razón misma de su existencia, son cuestiones de culpa remitidas sobre el sujeto. El médico que asiste a un enfermo moribundo, no queriendo evitar el diálogo, sacrifica una parte de su propia función. Renuncia a su autoridad, ya que ella no tiene ningún poder sobre la muerte.

Christian Von Ferber, buscando las causas de las dificultades existentes en un Hospital, en la comunicación con los moribundos, las encuentra en el concepto que la muerte contradice la «Finalidad institucional» del Hospital, que es la de restituir la salud, o por lo menos conservar la vida. Todo está concebido en función de esta finalidad, médicos y personal de enfermería están al servicio de ella. En una institución tan claramente definida, los moribundos son considerados como «fuera de ley», y deben acabar sus días en la soledad.

Cada muerte nos pone frente a la difícil prueba de asumir nuestro destino. Si rechazamos esta prueba, demostramos que somos incapaces de morir. Pero es al mismo tiempo al enfermo al que rechazamos y es a él al que negamos aquello de lo cual tiene más necesidad en aquel último período de su vida: nuestra asistencia. Aquel que se esfuerza con seriedad de estar cerca a un moribundo se dará cuenta inevitablemente de su propia debilidad y junto a ello de su propia importancia, del propio desconsuelo y de la propia insuficiencia. Pero he aquí la paradoja: es precisamente el que reconoce la propia debilidad y no la niega, el que ha aprendido algo del arte de morir y es éste solamente el que sabrá hacerse prójimo para un moribundo.

El autor ha puesto el dedo en la llaga. El médico y el personal de Enfermería tiene que tener el suficiente control de sí mismo para no dejarse llevar de reacciones sentimentales que le impidan cumplir con su deber.

El hombre es dueño de su vida en la medida en que lo es de su muerte. Un hospital dirigido por católicos no puede permitir que la familia de un difunto se vanaglorie de tener la satisfacción de que su madre, esposo o hijo jamás sintió que iba a morir.

En el siglo de la declaración de los derechos del hombre sería monstruoso permitir que alguien muera en la clandestinidad.

Cada día será más corriente fallecer en un Hospital. Y es de prever que esta tendencia se acentuará porque en Nueva York, tan sólo un 25 % de todas las muertes ocurren en casa. Los católicos que viven el misterio de la muerte cristiana como una pascua cotidiana por medio de la caridad fraterna y la renuncia de sí mismos, en el servicio de la Iglesia y del mundo Hospitalario deben interrogar a una sociedad que rechaza la muerte porque no tiene Esperanza.

Nuestro testimonio ha de consistir en la actitud normal de ciudadanos de un Reino que no ha llegado todavía a su consumación definitiva.

Esta actitud católica del médico, ATS, enfermera, personal auxiliar, etc., que toma completamente en serio la segunda y definitiva venida de Cristo le permitirá afrontar con serenidad la situación del moribundo y sus familiares para que aquél no sea privado de su muerte.

Esta vivencia cristiana de ninguna manera puede ser suplida por un contacto con el moribundo al que se le habla de Dios como de un ausente. Al enfermo —nos diría M. Blondel— es una injuria hablarle de Dios de memoria.

Presentado por F. S.

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (VI)

Revisión Litúrgico-Pastoral del Sacramento de la Unción: el destinatario

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

Para que la reflexión bíblico-histórico-teológica sobre el Sacramento de la Unción de los enfermos alcance la realidad que significa, no se puede dar por concluida la exposición.

El actual descontento e insatisfacción radica, además de desconocimiento del Sacramento en sus distintos aspectos, en la praxis actual del mismo mezclada con orientaciones y consecuencias inaceptables, entre otros motivos, por las desvirtuaciones que comprende, por la limitación de su eficacia y por las contradicciones que encierra.

Como la evolución hasta este momento ha progresado teniendo como clave central los distintos elementos de que consta el Sacramento: el destinatario del mismo y su correspondiente momento vital, los efectos que produce con toda la problemática que encierran, el ministro que lo confiere, las prácticas litúrgico-pastorales contenidas en los Rituales, dedicaremos éste y los siguientes artículos hasta el final del año, al planteamiento de la práctica litúrgico-pastoral del Sacramento en consonancia con el momento eclesial presente, iluminado por una revisión sana y purificadora.

El destinatario y el momento vital de la recepción del Sacramento de la Unción de los enfermos

EL CONTENIDO DE LA TRADICIÓN

En primer lugar los textos bíblicos, más exactamente S. Marcos (6, 12-13) y el Apóstol Santiago (5, 14-15) se contentan con una referencia genérica y de gran amplitud en lo referente al *enfermo*. Aunque el que tenga que ir el ministro al lecho del paciente puede interpretarse que se trata de una enfermedad con cierta consistencia e importancia, también es verdad que no incluye gravedad, sobre todo extrema, como podría ser la de un agonizante.

Todos reconocemos que numerosas veces no es posible, y menos aconsejable, superar determinados grados

de enfermedad, desenvolviéndonos y organizándonos como en el tiempo que disfrutamos de buena salud.

Intentando comprender con mayor exactitud la expresión bíblica «¿Está enfermo alguno entre vosotros?» (Sant 5, 14), nos ayuda el contexto que nos procuran los milagros curativos de Cristo: Se trata de enfermedades unas veces de notable gravedad, en las que el enfermo no puede moverse e incluso se encuentra en estado muy próximo a la muerte, y otras en las que conseguía caminar por sus propias fuerzas.

Hasta el siglo IX más o menos no cambia substancialmente la concepción que se tiene del destinatario del Sacramento aquejado por la enfermedad. Se incluyen

ciertamente enfermedades graves, pero lo más común y corriente es la referencia a cualquier enfermedad, y algunas, en verdad, de poca transcendencia, como un simple dolor de cabeza, una fiebre normal y corriente, la curación de cualquier llaga. Numerosos aspectos de la curación dicen relación a miembros corporales debilitados o imposibilitados de ejercer sus funciones correspondientes.

Si además añadimos los textos en los que se habla de enfermedad sin precisar su gravedad como por ejemplo Inocencio I en su carta al Obispo Decencio, 416, o el sermón de S. Cesáreo de Arlés a principios del siglo VI, hemos de reconocer que durante estos primeros diez siglos la Iglesia no se planteó la cuestión de la gravedad de la enfermedad.

Sin el menor género de duda se puede concluir que se trata, sin más, de toda enfermedad, comprendiendo todos los males que pueden de alguna manera atacar al cuerpo humano, porque lo que interesa es exactamente la enfermedad en cuanto tal, de la que por otra parte tienen nociones imprecisas e indefinidas. De ninguna manera se refieren expresamente y de manera destacada, y menos aún de modo exclusivo, a la gravedad de la enfermedad.

Desde el siglo IX, aunque se había comenzado con anterioridad, la preocupación de la Iglesia se centró en la Unción y lógicamente se comenzó a pensar más detenidamente en la enfermedad como parte que era necesario precisar a la hora de conferir el Sacramento.

El acercamiento progresivo entre el Ritual del Sacramento de la Unción de los enfermos y el de la Reconciliación penitencial canónica fue alejando la administración del Sacramento de la Unción de cualquier bautizado enfermo hacia estados de enfermedad que ponía en peligro la vida, hacia la presencia más cercana de la muerte.

Se camina hacia los moribundos, los agonizantes, los que tienen peligro inminente de muerte. En el siglo XI se llegó hasta el último grado y no se confería sino a los que se encontraban en el momento extremo de la vida.

Las reacciones, por parte de la Jerarquía y de las reuniones conciliares ante esta innovación, lo queremos destacar porque prueban la toma de conciencia de que se desvirtúa la concepción del Sacramento, fueron ineficaces, hasta que poco a poco se aceptó pacíficamente y sin estridencias discordes, la práctica de conferirlo a los que se encontraban ante la presencia inminente de la muerte.

Esta idea va a ser común a todos los autores del período escolástico. Como hemos observado, al tener el concepto que la finalidad del Sacramento es la preparación para entrar en la gloria, lógicamente sólo y exclusivamente se ha de procurar conferir *a los que se van* y cuanto más cerca del paso definitivo tanto más seguro.

Porque se reitera a quien, notemos la expresión, *a*

pesar de todo, como indica Santo Tomás, ha curado. Ha de ser por antonomasia la *Extrema Unción*.

LA PRAXIS PASTORAL

Es suficientemente conocida la práctica del Sacramento de la Unción por todos los que de alguna manera ya por el ejercicio de su ministerio, ya por su profesión sanitaria, han estado en contacto con enfermos.

Fuera de excepciones, dignas de encomio, un porcentaje muy elevado lo viene recibiendo más bien cuando la enfermedad descarta la mayoría de las posibilidades de recuperación de la salud.

En la fórmula de exhortación del Manual Toledano¹ se habla de «grave y peligrosa enfermedad». Pero mientras se trata muy brevemente de la curación, manteniéndose en una posición intermedia, se extiende algo más ampliamente en preparar al enfermo a su paso definitivo alegando que nos ha sido prestada la vida y las ventajas que se ganan de terminar el trabajo y las miserias de la vida humana.

Con todo, el contexto de las oraciones y de las prescripciones litúrgicas dan a entender con suficiente evidencia que el Sacramento ha de ser conferido a quien aún no ha llegado a la agonía, para este estado está la recomendación del alma, aunque su enfermedad implique cierta gravedad. Todo el contexto presupone que el enfermo sigue la liturgia y advierte su contenido y significación.

La síntesis de la práctica pastoral en lo que se refiere al destinatario del Sacramento vivida a través de los XX siglos de la Iglesia nos hace comprender con suficiente claridad la aversión existente en torno a este Sacramento porque sin más equivale a un certificado de defunción que muy rara vez se puede cancelar.

La reacción natural del interesado ante la muerte es sentir que le propinan un golpe mortal a sus esperanzas de recuperación de la salud hasta quitarle el interés que debe poner para colaborar con la terapéutica contra la enfermedad.

La colaboración de la comunidad cristiana —en estos casos, sobre todo, compuesta por cristianos a los que une un lazo íntimo de parentesco o de profunda amistad, se reduce con frecuencia a una presencia pasiva, si no hostil, a la acción sacramental del sacerdote que viene a conferir el Sacramento, porque, para ellos, lo que realiza es indicar que un ser querido está destinado a la muerte y a la separación humana definitiva.

Se necesita fe profunda para participar activamente, lo normal es conseguir una cierta resignación y presencia pasiva. No pocas veces tiene simplemente valor social o de testimonio humano exigidos por los lazos familiares o de amistad.

¹ Véase, MARTÍNEZ DE ANTOÑANA, Gregorio, C. M. F., Manual de Sacramento y Sacramentales según el Ritual Romano y el Manual Toledano, 4.ª ed., Madrid, 1953, págs. 86-88.

Se comprende la violencia y admiración de todos, por lo menos del Sacerdote y de los atentos oyentes, al rezar oraciones que carecen de sentido porque piden la salud y la incorporación a la vida familiar y social con un porcentaje mínimo o prácticamente nulo de probabilidades de curación.

Es común sentir de la mayoría de los cristianos que recibir el Sacramento de la Unción significa la presencia ineludible de la muerte.

URGENCIA DE UNA CATEQUESIS

Las anteriores reflexiones nos han llevado a comprobar la urgente necesidad de una catequesis que consiga mentalizar al Pueblo de Dios hasta que permita sin violencia ni oposiciones la administración del Sacramento en el momento justo de la enfermedad, sin que se convierta necesaria y fatídicamente en un pronóstico de defunción.

Es ésta la objeción más importante y decisiva que está obstaculizando a la pastoral del Sacramento. La destrucción de dicha objeción sólo se conseguirá probando que los presupuestos que la fundamentan son falsos y están equivocados.

Cuando el Sacramento de la Unción sea el Sacramento de los enfermos, de los realmente enfermos, sin más especificaciones, entonces se habrá replanteado su administración en otras bases más verdaderas y aceptables, por lo que tienen de reales, entrañan esperanza y muestran una capacidad de optimismo respecto a la salud y a la curación.

Al revalorizar la muerte en la participación del misterio de amor de un Dios que acepta por la salvación del mundo, el cristiano, iluminado por su fe, ha de prepararse con antelación, no sólo para responder con la vida a un Dios que ama, sino también para participar sacramentalmente de Cristo en este su peregrinar cuando la enfermedad le amenace seriamente con la posibilidad de privarle de la vida.

La preparación previa del interesado y de las personas que están de alguna manera vinculadas a él, es de una urgencia que se ve evidente.

De lo contrario podría convertirse en un tranquilizante de quien se puede permitir vivir su cristianismo a su antojo, porque al final de la vida el Sacramento de la Unción, suplirá la falta de compromiso que lleva consigo la existencia cristiana.

Sin conseguir estos objetivos, serán nulos todos los esfuerzos que, con la mejor voluntad, se pueden proponer.

Como veremos al hablar de los efectos del Sacramento, no hay que pedir ninguna intervención milagrosa, el Sacramento no posee ninguna virtud mágica en lo que tantas veces hemos caído. Se trata de una presencia sacramental del Redentor en el curso normal de la vida, no para violentarla, como sería si se pidiera un prodigio,

sino para colaborar y ayudarla en el curso natural de las cosas. El retraso a que sometemos muchas veces la recepción del Sacramento obligaría a obtener la curación solamente por una intervención especial de la gracia, porque humanamente no existe remedio.

Pero nadie se lleve a engaño. La presencia de la muerte no significa su inminencia. Queremos tocar un tema de exclusiva competencia de la medicina, porque ilumina el replanteamiento del destinatario del Sacramento de la Unción.

La enfermedad que tiene el sujeto de la Unción no se cataloga específicamente a partir de su cercanía o proximidad, digamos física, a la muerte, sino a la gravedad que contiene en sí misma. No importa que la medicina en sus distintas especialidades consiga estabilizar durante largo tiempo el progreso de la enfermedad e incluso con más o menos facilidad recuperar la salud. El peligro de muerte no necesita ser inminente y toda enfermedad grave, en su noción de *grave* es la situación ideal para el Sacramento. El carácter de gravedad debe ser valuado en concreto y subjetivamente, en el mismo enfermo.

Se trata de una situación de un cristiano en un estado de enfermo y por lo tanto en condiciones espirituales muy particulares. Para vivir esta realidad humano-cristiana y darle el sentido redentor que Cristo nos ha procurado está instituido el Sacramento de la Unción de los enfermos.

No importa que la técnica sanitaria consiga casi con certeza absoluta la curación. Se debería dar en el Pueblo de Dios numerosos cristianos, reincorporados a su familia y al trabajo después de haber recibido este Sacramento.

Se ha de conseguir que carezca de sentido la frase que corre entre el pueblo cristiano «vive y eso que ha recibido la *Extrema* unción». Sencillamente porque no tiene nada de extraño ni raro, ya que son tan numerosos, que venga a considerarse algo normal.

LOS PRIMEROS INTENTOS DE RENOVACIÓN

Si al final de esta perspectiva histórica que hemos ofrecido nos preguntamos sobre la reacción que su evolución ha causado, encontramos ya en el Concilio de Trento una cierta ambigüedad por lo menos en la terminología al preferir llamar al Sacramento *Sagrada Unción* de los enfermos aunque después no se desentienda ni mucho menos del contenido que encierra la *Extrema Unción*. Si en el aspecto doctrinal se habla en el Concilio de *enfermos*, en la práctica queda reservado a los que se encuentran en agonía o muy próximos al desenlace final.

Teóricamente la situación presentada por el Catecismo Romano en el Apartado VI que titula del sujeto de la *Extrema* unción, es aceptable en su conjunto y se le

puede considerar como precursor de la revisión que en este momento se está intentado en la Iglesia.

Después de excluir expresamente a los *sanos*, asegura que «es evidente que debe administrarse sólo al que tiene necesidad de medicina, esto es, a los enfermos y aquellos enfermos de quienes se teme seriamente por su vida».

Como si este planteamiento fuera insuficiente, presenta la misma idea bajo el aspecto de responsabilidad. «Téngase, sin embargo, presente que sería grave culpa administrarlo cuando el enfermo, perdida ya toda esperanza de curación, ha empezado a privarse de los sentidos y de toda vitalidad».

A continuación añade las razones de orden sacramental en beneficio del sujeto del Sacramento: «Es claro que el enfermo, si quiere conseguir una más abundante gracia sacramental, debe recibir la santa unción cuando aun conserva lucidez de mente, prontitud de razón, conciencia de la fe y devota voluntad».²

Aunque no sea necesario para la validez, la participación del interesado nos ha de preocupar intensamente para que la eficacia de la gracia sacramental encuentre al sujeto capacitado para una asimilación no solamente genérica y por las disposiciones previas, sino sobre todo porque es consciente, activa y responsable en el más alto grado posible.

No estamos de acuerdo con Ortemann³ a quien «parece que el Concilio Vaticano II ha querido excluir una práctica que restringiría la administración del Sacramento a los agonizantes o incluso a los comatosos, como hacían el Concilio de Trento, el Código de Derecho Canónico y el actual Ritual».

Las tres citas hablan sencillamente de peligro de muerte, como puede verse, por ejemplo, en el Canon 940 § 1. Se debería decir más bien que la praxis pastoral había acentuado la interpretación de peligro de muerte hasta sus últimas consecuencias por lo que como que daba a entender que se trata de agonizantes o moribundos.

LAS NUEVAS PERSPECTIVAS PROPUESTAS POR EL CONCILIO VATICANO II Y LA CONSTITUCIÓN APOSTÓLICA «SACRA UNCTIONEM»

El movimiento renovador ha tomado consistencia a partir del Concilio Vaticano II. La Constitución sobre la Sagrada Liturgia, en los números 73-75, dispone una revisión que acaba de realizarse por la nueva Constitución de Pablo VI.

El simple cambio de nombre pasando de *Extrema*

² Catecismo Romano. Traducción, introducción y notas de PEDRO MARTÍN HERNÁNDEZ. Madrid, Ed. Católica, 1956, páginas 601-602. BAC, 158.

³ ORTEMANN, C.: El Sacramento de los enfermos, Historia y significación. Madrid, 1972, pág. 72. No se olvide que el libro de Ortemann es la mejor publicación sobre el tema.

Unción a Unción de los enfermos, lleva consigo una potente dosis de confrontación con la praxis actual y las exigencias de una revisión y adaptación bastante notables.

Porque como nos dice la Constitución SC, n. 73, no es el Sacramento exclusivamente de los que se encuentran en los últimos momentos. Es mucho más aceptable y comprensible cuando se habla de los que empiezan a estar en peligro de muerte por enfermedad o vejez.

Esta idea innovadora se destaca en las notas previas del Ritual de los Sacramentos publicado en 1966.⁴ Adquieren notable valor al ofrecer las enseñanzas de la Iglesia en una publicación oficial litúrgica.

En este Ritual se recomienda que «con toda diligencia y esmero ha de procurarse que los enfermos lo reciban cuando están en la plenitud de sus facultades», y añade con toda claridad: «No es el Sacramento de quienes se encuentran en los últimos momentos de su vida. Por tanto el tiempo oportuno comienza cuando el cristiano ya empieza a estar en peligro de muerte por enfermedad o vejez».

Termina justificando esta toma de posición con las siguientes razones: «Para recibir más abundantemente la gracia del Sacramento es sumamente conveniente que el enfermo pueda aportar su fe y su piedad mientras es ungido con el Santo Oleo».

Deberían ser excepciones imprevistas los casos de agonizantes o de los que están en los últimos momentos de la existencia.

Lo que hay que destacar es el *comienzo* del peligro de muerte, venga de donde venga, por enfermedad o por debilitamiento físico, como es la vejez o ancianidad.

La Constitución Apostólica *Sacram Unctionem* lo confirma definitivamente. Categóricamente establece que «no es sólo el Sacramento de quienes se encuentran en los últimos momentos de su vida». De manera definitiva propone que «el tiempo oportuno para recibirlo empieza cuando el cristiano comienza a estar en peligro de muerte». Desde este mismo punto de vista la reiteración del Sacramento no solo en una nueva enfermedad, lo que se venía practicando, sino en la misma enfermedad, se efectúa «cuando en el curso de la misma su estado se haya hecho más crítico». ¿No se sobreentiende que la primera vez que recibió el Sacramento el estado de enfermedad era sencillamente grave, como si se tratara del principio de la gravedad?⁵

⁴ Ritual de los Sacramentos. Texto oficial de experimentación que, presentado por la Comisión Mixta (CELAM-ESPAÑA) ha sido confirmado por el «Consilium ad exsequendam Constitutionem de Sacra Liturgia», Barcelona, 1966, pág. 132.

⁵ Lamentamos que todavía no esté publicado el nuevo *Ordo*. El análisis de su introducción como de las oraciones nos hubiera concedido la satisfacción de haber podido ser completo. Esperemos que sea una confirmación clara y diáfana de esta exposición sobre el sujeto o destinatario del Sacramento de la Unción que hemos intentado llevar a la situación de la vida cristiana que le corresponde, purificado en las desorientaciones en que, con el correr del tiempo, se ha visto envuelto.

Si los enfermos, a la hora de conferir el Sacramento de la Unción, se encuentran en diversas situaciones, lo que pide una revisión y adaptación del Ritual ⁶ (no sería necesaria si se tratase del último momento porque con un solo patrón de rito valdría para todos), llegamos a la misma conclusión: el destinatario no es el agonizante que irremisiblemente está condenado a muerte inminente y le falta un breve tiempo para dar la respuesta definitiva de su vida al Señor.

La Iglesia Oriental Ortodoxa nunca ha tenido en cuenta esta restricción de la Iglesia Latina, continuando en la línea que ésta observaba hasta el siglo IX.

Igual manera de proceder tienen las Iglesias Ortodoxas Católicas sin que la Jerarquía romana les haya hecho advertencia de acomodarse a la costumbre e interpretación latina.

CONCLUSIÓN

El Sacramento último de los enfermos es el Viático: la Eucaristía recibida en los momentos últimos de la vida.

Nos interesa destacar que cada día aumenta el número de especialistas del Sacramento de la Unción que cuestionan la práctica actual de dar primero el viático y después la Unción, porque va contra la práctica primitiva de la Iglesia y porque va contra la significación

⁶ Concilio Vaticano II, CD, 75.

íntima de las dos realidades: primero es el rito purificador y después, preparado, la recepción de la Eucaristía.

El Concilio Vaticano II ⁷ ratifica esta orientación al pedir que se separen los ritos de la Unción de los del Viático, de tal manera que primero se administre al enfermo la confesión, después la Unción y finalmente reciba el Viático.

El Sacramento último, según el Concilio, es, pues, el Viático, el último Sacramento que nos acompaña en el paso definitivo de esta vida hacia la vida en Dios.

Acaso algún lector tenga la impresión que hemos recalcado demasiado, insistiendo reiteradamente con peligro de expresar el mismo concepto de maneras distintas.

No importa, porque, aunque así sea, está perfectamente justificado por la trascendencia que encierra el tema: el destinatario del Sacramento de la Unción de los enfermos es el enfermo grave.

Con todo, si bien las conclusiones son evidentes y claras, una nube, más bien espesa, empaña el futuro. Es muy fuerte la tradición y mentalización arraigada y queda demasiado camino por andar hasta que se asimile la renovación que nos propone el Concilio Vaticano II y la Constitución de Pablo VI.

Es un Sacramento que en la práctica pastoral va retrasado, pero con el esfuerzo de todos se conseguirá que lo reciban los cristianos con una participación realmente eficaz en el momento oportuno y propio: cuando se encuentran en enfermedad grave.

⁷ Concilio Vaticano II, CD, 74.

MARIA, SALUD DE LOS ENFERMOS

En esta reforma litúrgica que la Iglesia está llevando a cabo, poco a poco van saliendo a la luz los distintos rituales que actualizan y ponen al día las nuevas formas de la liturgia. Han salido los del Bautismo, Matrimonio, Confirmación, etc. Ahora sale el ritual de la Unción de los enfermos, y tan sólo queda ya por publicar el de la Penitencia.

Queremos hacer referencia aquí al ritual de la Unción de los enfermos, todavía no traducido al español. Por supuesto, no vamos a entrar en el comentario de su contenido, ni mucho menos en su análisis. Lo que nos importa es poner de manifiesto el papel de María a lo largo de este nuevo formulario ritual. Constantemente se la invoca en este trance definitivo de la vida a la muerte, como mediadora, intercesora y madre buena que ayuda a sus hijos a bien morir. Las antífonas, oraciones y súplicas a la Virgen son múltiples y sirven como consuelo para los hombres que se disponen a morir.

Esta importancia de María, como sabemos, no viene a implantar una novedad sino a confirmar el papel que

siempre ha tenido en la vida religiosa de la Iglesia católica, que constantemente la invoca como salud de los enfermos y madre de los agonizantes.

Para nosotros, los que tenemos la suerte de vivir junto al Pilar, este relieve mariano en los últimos momentos de la vida, todavía tiene un significado más íntimo, todavía lo comprendemos mejor. Conocida de todos es la costumbre de pedir la intercesión de la Señora y morir bajo el manto protector de la Virgen del Pilar, como el mejor viático, junto a la santa Eucaristía, en el tránsito definitivo de este mundo a las manos de Dios.

Todos los responsables de la pastoral hospitalaria y aun todos aquellos que, desde los más diversos niveles, colaboran con su acción en la lucha contra la enfermedad y la muerte, saludarán con alegría la aparición de este nuevo libro litúrgico, que supone un paso importante en la reforma conciliar de las celebraciones sacramentales.

EL PILAR
Zaragoza, 25 de febrero de 1973

EL NUEVO RITUAL DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Por TIMOTEO DE URQUIRI, C. M. F.

Las disposiciones dadas por la Santa Sede, recogidas a su tiempo en las páginas de *Labor Hospitalaria*, han dado ocasión a los especialistas en materias litúrgicas para publicar una serie de escritos tendentes a la divulgación de este interesante documento.

En atención a los muchos lectores que nos han manifestado su complacencia por ver recogidas en las páginas de su revista, tan importantes disposiciones, y el deseo de conocer cuanto vaya apareciendo sobre un tema tan importante para toda persona que por profesión tiene el sagrado deber de atender a los enfermos, hasta el postrer momento de la vida de éstos, traemos a nuestras páginas los dos siguientes escritos:

Resulta muy fácil captar inmediatamente el contenido del nuevo Ritual, teniendo en cuenta el título completo, según aparece en la edición típica latina: *Ritual de la unción de los enfermos y de su cuidado pastoral*. Es decir, este Ritual no se limita únicamente a los ritos del sacramento de la unción de los enfermos, sino que, además, nos ofrece otros para su cuidado pastoral.

— *Orientaciones doctrinales y pastorales*. Un breve, pero denso tratado de liturgia pastoral sobre los enfermos, dividido en cinco secciones y 41 números.

— *Capítulo I. Visita y comunión de los enfermos*. Por lo que se refiere a la *visita de los enfermos*, tienen aquí no sólo los sacerdotes, sino también los laicos que se hallan al cuidado de los enfermos, indicaciones interesantes.

— *Capítulo II. Rito de la unción de los enfermos*. Se prevén diferentes modos de celebrar el rito. En primer lugar, el *rito ordinario* o fuera de misa; en segundo lugar, el *rito dentro de la misa*; finalmente, el *rito en una gran asamblea de los fieles*, ya sea fuera o dentro de la misa.

— *Capítulo III. Viático*. Se admiten dos posibilidades: *dentro de la misa y fuera de la misa*.

— *Capítulo IV. Rito para administrar sacramentos al enfermo que se halla en peligro próximo de muerte*. Este capítulo se divide en dos apartados fundamentales. El primero presenta el *rito continuado de la penitencia, unción y Viático*.

El segundo apartado del capítulo trae el *rito para la unción sin el Viático* si, atendiendo a las circunstancias, únicamente se haya de administrar la unción, sin Viático, a un enfermo que se encuentra en peligro próximo de muerte.

— *Capítulo V. Confirmación en peligro de muerte*. En este capítulo se ofrece un rito muy breve para casos de urgencia, después de advertir expresamente que, si las circunstancias lo permiten, se observe el rito íntegro de la confirmación, según se halla en el Pontifical Romano ya revisado.

— *Capítulo VI. Rito de la recomendación de los moribundos*. Este título es más expresivo y, por tanto, más adecuado, que el existente en el anterior Ritual: *recomendación del alma*.

— *Capítulo II. Formularios diversos para los ritos por los enfermos*.

CAMBIOS DEL NUEVO RITUAL

Únicamente vamos a mencionar los principales cambios introducidos por el nuevo Ritual.

— La *fórmula sacramental*, que desde la Edad Media acompañaba cada una de las funciones, no expresaba sino uno de los efectos del sacramento de la unción de los enfermos; por lo cual ha sido cambiada y sustituida por otra adecuada, inspirada en los textos del apóstol Santiago y del Concilio de Trento.

— Al cambio de la fórmula sacramental le acompañan otras dos disposiciones, menos importantes, relativas al signo sacramental.

La primera se refiere al *número de unciones*. De ahora en adelante, el rito normal comprenderá sólo dos unciones, a saber: en la frente y en las manos, acompañadas de una única fórmula; pero será suficiente, en caso de necesidad, una sola unción en la frente, acompañada de la fórmula; unción única que, conforme a las condiciones particulares del enfermo, podrá ser hecha en otra parte del cuerpo.

La segunda disposición permite en adelante que, si es necesario, sea utilizado, *en vez del aceite de oliva*, tradicionalmente obligatorio como materia para la unción de los enfermos, *otro aceite, con tal de que sea vegetal*.

— Según la nueva constitución apostólica, *se podrá dar otra vez el sacramento de la unción a un enfermo que lo haya recibido* no sólo si recae en la enfermedad después de un período de convalecencia —lo cual estaba permitido—, sino también cuando, en el curso de la misma enfermedad, su estado se haya agravado.

— Cuando son varios los sacerdotes que se encuentran reunidos a la cabecera del enfermo, sin necesidad de llegar a admitir la concelebración para la parte propiamente sacramental de la unción, se prevé la intervención de cada uno de los sacerdotes presentes para la imposición de manos y también que se repartan entre ellos los ritos de la preparación y conclusión.

— Se aconseja en el nuevo Ritual que, siempre que sea posible, se inserte la administración de la unción de los enfermos, así como también la del Viático en una celebración litúrgica más completa, con acto penitencial, lectura de la palabra de Dios, oración de los fieles, recitación del Padrenuestro y bendición final. Ambos sacramentos pueden ser administrados también dentro de la misa.

— Algo totalmente nuevo y que se ha introducido después de realizar recientes experiencias positivas con gran éxito en peregrinaciones o en encuentros de enfermos, es la *posibilidad de administrar la unción de los enfermos en medio de una gran asamblea de fieles*, ya sea durante la misa, ya sea fuera de la misa.

— En caso de necesidad, el sacerdote puede bendecir el óleo de los enfermos durante la ceremonia misma de la celebración de este sacramento.

ECCLESIA
Mayo, 1973

«EL DOLOR PRENDA DE RESURRECCION Y DE VIDA»

(Pablo VI)

Por MANUEL MARCO, O. H.
Capellán del Hogar Clínica San Rafael,
en Maracaibo, Venezuela

Ante la Jornada del Enfermo misionero, no estará fuera de lugar dedicar una reflexión frente al dolor, hecho carne en la carne de nuestros hermanos enfermos.

La enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte no entraban en los planes amorosos del Padre.

Pero un día irrumpieron sobre la humanidad, a modo de cascada devastadora, capaz de convertirse en fuente de energía, de luz y de gracia.

Todo hijo de Adán será, más tarde o más pronto, protagonista y víctima del dolor, que nos acosa por doquier, para encarnarse en nosotros en el momento menos esperado, sin pedir permiso.

Entre dos lágrimas corre la existencia temporal del hombre.

No existe privilegio de exención para nadie, frente a estas tremendas, y a veces angustiosas, realidades.

El Hijo de Dios también encontró en su peregrinar

Juan XXIII, consuelo de los enfermos



Un cuadro pocas veces repetido

humano el sufrimiento, el dolor, la muerte. Quiso cargar con nuestras dolencias y enfermedades.

Cristo no nos dejó un remedio absoluto y universal contra el dolor; no vino a suprimir el sufrimiento, sino a darle un sentido.

Los hombres continúan sufriendo, a causa de la condición humana y también del egoísmo polifacético de sus hermanos.

¿Por qué este dolor en el mundo, este dolor que repugna, que obstaculiza la existencia, que enerva y destruye y hasta siembra crisis de angustia, de fe y de esperanza?



La bondad del Papa Juan

No lo entiendo. No me lo explico.

«Hay que luchar para que todo mal desaparezca»
—Teillard de Chardin—.

Hermanadas inteligencia y voluntad humanas, sirviéndose de las conquistas de la ciencia y de la técnica, no conseguirán desterrar el sufrimiento. Todo lo más que conseguirán será su disminución.

De cara a cuadro tan frío y sombrío, no abogamos por una resignación estoica frente al sufrimiento, ni mucho menos por la desesperación, ni tan siquiera por la evasión y la huida narcotizantes.

Deberemos buscarle un sentido digno de nuestra condición de seres racionales y creyentes, para tratar de orientar lúcidamente su presencia en nuestro propio peregrinar por la vida.

El dolor físico y moral es compañero inseparable de nuestra existencia. Queremos liberarnos; intentamos rechazarlo. A pesar de todo, no es posible tal rechazo. Debemos aceptarlo y descubrir su virtud.

«Saber sufrir. Este es el gran arte de vivir. Saber sufrir, pensando en nuestro Señor Jesucristo en cruz, uniéndonos a Él. Este es el arte de santificarnos sin mucho gasto». —Juan XXIII—.

«Tesoro es el sufrimiento, el sufrimiento que es liberación y en último término ¡cielo!» —F. García Lorca—.

Paul Claudel se atrevió a escribir: «subir a la cruz y dar lo que tenemos, sonriendo».

¡Ahí está la alegría, la libertad, la gracia, la juventud eterna!

¡Feliz aquél que sufre y sabe para qué!

Ahí está el secreto: el *para qué* del sufrimiento.

Nos lo descubre Pablo de Tarso: «completo en mi carne los sufrimientos de Cristo, por su cuerpo que es la Iglesia» —Col. 1, 24—.

Y también Pablo VI: «el dolor —atiende— no es ya inútil, no sólo es dispersión y desgarramiento de la vida. Cristo lo ha cambiado en moneda legal, en precio de rescate, en prenda de resurrección y de vida... hombre que sufre, ¡tú puedes incluso llegar a consolador!» —Viacrucis 1972—.

Los que, por vocación, podemos considerarnos «sacerdotes del dolor», viendo en ello una dimensión más de nuestro sacerdocio bautismal, quisiéramos ir de cama en cama, como ángeles invisibles, y en cáliz de salvación recoger las lágrimas, los gemidos, los ¡ayes!, los esteriores, las gotas de sangre, las noches pasadas en claro, los días convertidos en «noches oscuras», las agonías «sin hora» de cuantos sois la Iglesia del dolor y el dolor de la Iglesia y luego verterlo en el cáliz de la Eucaristía para que Cristo haga suyos vuestros sufrimientos y la luz que iluminó el sepulcro vacío de Cristo el primer día de Pascua, ilumine también vuestras mentes, cuando la prueba sea más dura.

El mensaje cristiano sobre la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte es un mensaje pascual.

El dolor sólo tiene sentido en Cristo resucitado.

«Os invitamos a ofrecer continuamente vuestra enfermedad al Señor, como perfume de incienso que sube a su presencia con olor de suavidad» —Juan XXIII—.

Para concluir esta reflexión, quiero brindar a mis hermanos enfermos esta oración:

«En mi enfermedad, quiero ser útil a mis hermanos. Para lo cual, concédeme, Padre, la gracia de mantener siempre encendida la antorcha de la fe, la ilusión de la esperanza y la fuerza del amor, a fin de prestar mi corazón y mi carne a Cristo resucitado, para perpetuar el elemento doloroso de la redención y contribuir así a edificar un mundo más humano, una sociedad más fraterna y un futuro más hermoso».

Pablo VI, sostén de los enfermos



PLEGARIAS COMPUESTAS Y RECITADAS POR MONSEÑOR GUIX, durante la bendición del nuevo san Juan de Dios



- Señor, tú hiciste del hombre la obra cumbre de la creación, y manifestaste tu providente sabiduría al reunir las funciones más diversas y útiles en el exiguo espacio de nuestro cuerpo.
- Tú amas, Señor, todas las dedicaciones humanas como prolongación de tu obra creadora y conservadora, pero, en especial, las que miran al servicio de la humanidad doliente.
- Tú dijiste
«Si no os hicieréis como niños,
no entraréis en el Reino de los cielos.»
- Derrama, Señor, tu generosa bendición sobre este nuevo hospital San Juan de Dios que hoy abre oficialmente sus puertas en nuestra ciudad, para que todas sus secciones y servicios estén a la altura que exigen los tiempos y merecen tus hijos predilectos, los niños.
- Que todos los niños aquí acogidos encuentren en este hospital alivio para sus dolores, recuperación para sus miembros heridos o dolientes, rehabilitación para el trabajo, serena tranquilidad para sus temores,

resignación cristiana para sus penas,
gozo sobrenatural para el cumplimiento de su vocación corredentora.

- Bendice, Señor, los esfuerzos hermanados de la ciencia, la técnica y la caridad sufrida de cuantos tienen aquí su dedicación profesional y humanitaria para que consigan —como renovado milagro de tu misericordia— devolver la salud y la alegría a los niños aquí hospitalizados.

- Tú, Señor, que conoces nuestra fragilidad y las limitaciones del empeño humano, y eres, al mismo tiempo, dador de todo bien, concede a todos cuantos trabajan en este hospital constancia en su vocación de entrega, paciencia en el ejercicio de su misión, resistencia física en su constante esfuerzo, mirada atenta y manos ágiles en el manejo del instrumental, atención vigilante a cada necesidad del paciente, serenidad inmutable en la fatiga de su trabajo, cortesía delicada, suavidad y cariño en el trato, y aquel espíritu de caridad que tuvo san Juan de Dios y que sublima y santifica todos los motivos naturales y honestos de esta profesión hospitalaria.

- Haz que el personal de este centro imite a tu hijo Jesucristo en la predilección que, durante su vida mortal, manifestó siempre por los enfermos y por los niños (que gozaron la caricia de sus manos y la suavidad de su abrazo) y, viéndole a Él en los pacientes, atiendan a todos con suave e infatigable solicitud, como si del mismo Cristo se tratara.

- Haz, Señor, que abunde tu recompensa sobre las personas, instituciones y organismos cuya generosidad ha hecho y seguirá haciendo posible esta obra de asistencia para los niños, y enciende en todos nosotros una chispa de aquella locura divina que hizo de san Juan de Dios un modelo admirable de caridad.

- Haz, Señor, que la sangre, sufrimientos y lágrimas de unos, y los esfuerzos, desvelos y caridad de otros, no sean estériles. sino que sus méritos redunden en bien de todos, y al final de la jornada de esta vida consigan unos y otros el premio incalculable reservado para aquéllos que en el sufrimiento o en el servicio humilde de sus hermanos han sabido honrarte y glorificarte a Ti, a quien sean dados honor y gloria por los siglos de los siglos.

Barcelona, 4-11-1973

† JOSÉ M.^a GUIX, Ob.

NOTICIARIO

MÉXICO

Esta vez ha sido México, en varios de sus Estados, donde se ha reflexionado sobre problemas de organización y pastoral hospitalaria. Los hermanos Ramón Ferreró y José L. Redrado, de San Juan de Dios, han visitado en esta nación sus respectivas comunidades, llevando para las mismas un programa intenso sobre actualización religiosa y hospitalaria.

El tema hospitalario fue especialmente desarrollado en Guadalajara y México capital. En estas dos ciudades se programaron —a ruegos de la FREM— tres días intensivos de reflexión sobre temas técnicos, organizativos, humanos y cristianos.

- Principios de organización.
- Teoría general de la asistencia hospitalaria.
- Organigrama del hospital.
- Relación enfermera-enfermo.
- Pastoral hospitalaria.
- El hospital y los Institutos de acción hospitalaria.
- La asistencia hospitalaria en México.

La asistencia fue numerosa. Más de un centenar de religiosas hospitalarias en cada ciudad, junto con algunas enfermeras, respondieron eficazmente, reflexionaron por grupos y pusieron en común sus experiencias.

Se echaba de ver en el ambiente el interés y lo positivo de estas reflexiones.

LA ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO HOSPITALARIO

La Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona, celebró su Asamblea General el pasado día 2 en el nuevo Hospital San Juan de Dios.

La Junta Directiva presidida por el Dr. Cayetano Alegre Marcet rindió cuentas de la labor desarrollada por la Asociación en el ejercicio anterior, en el que destacó la celebración del II Congreso Nacional de Hospitales y la exposición técnica de equipamiento Hospitalario, HospitalEX-73, así como la publicación de una extensa y documentada monografía titulada «Los Hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo».

El detallado informe del Dr. Alegre Marcet, de la trayectoria seguida por la Asociación durante su mandato, mereció la unánime aprobación de los Asambleístas asistentes, quienes en diversas intervenciones manifestaron su deseo de que constara en Acta el reconocimiento por la

labor constante y eficaz de la Junta Directiva.

Seguidamente se procedió a la renovación de cargos, y tras las deliberaciones y votaciones correspondientes, quedó constituida la nueva Junta Directiva:

Presidente

Dr. Augusto Salazar Palau

Vicepresidentes

Dr. Ignacio Aragó Mitjans y Dr. Rómulo de Cruylles Peratallada Bosch

Secretario

Dr. José Faixat Ensesa

Tesorero

Sr. Luis Casanovas Trafi

Vocales

Sr. José Artigas Candela, Dr. Joaquín Bonal de Falgás, Dr. Luis Casals Puntí, Sr. Andrés M.^a Corominas Malet, Sr. Ricardo de Nó Sangenís, Sra. Pilar de Viala Barrera, Dr. Ramón Ferreró Tolosa, Dr. Leopoldo Gil Nebot, Sr. Segundo Martí Guasch, Dr. Joaquín Mestre Armengol, Dr. Ramón Monegal Cerdá y Dr. Helios Pardell Alentá.

UN OBISPO Y UN MÉDICO HABLAN DEL VALOR DE LA ENFERMEDAD

En fecha reciente el arzobispo de Oviedo se dirigió a sus diocesanos enfermos para explicarles el valor de su enfermedad y hacerles comprender el bien que pueden hacer a los sacerdotes, si ofrecen sus dolores a Dios, por la santificación de los mismos.

Ahora, el Dr. Luis Horno Liria, destacado médico de Zaragoza, con motivo de la estancia del Dr. Puigvert, en la ciudad de Barbastro, resalta en las páginas de Heraldo de Aragón, la fe religiosa con que ejerce su profesión el ilustre médico catalán.

«Y hay —en el doctor Puigvert— una abierta confesión de religiosidad en su ejercicio profesional. «En calzoncillos, como yo veo a los hombres, a los dictadores, ya no hay entorchados, ni estrellas. Hay —y esto es estremecedor oírsele decir— hay mi Dios, hay mi Jesucristo. Porque la cama del enfermo es el altar y el enfermo, para el médico, es Nuestro Señor». Postura evangélica, típica de todo médico cristiano. «Lo que a cualquiera de éstos hagáis, a Mí me lo habéis hecho», decía el Maestro cuando les señalaba a sus discípulos a los enfermos, a los niños, a los desheredados. Y, en contraposición, Puigvert, treinta, casi cuarenta años después de su primera visita a Monrovia, recuerda aún, estremecido, yerto de horror, aquellos lati-

gazos que vio asestar a un jardinero negro —esclavo liberado— por su negro capataz, que también lo habría sido, y que seguía, no obstante, utilizando la fusta contra sus hermanos».

Maravilloso ejemplo el que nos da el Dr. Puigvert a cuantos nos dedicamos al cuidado de los enfermos, por vocación religiosa.

En estos tiempos en que todo se quiere secularizar, bien está que hombres de la categoría profesional del gran urólogo catalán, manifiesten abiertamente la grandeza cristiana de su vocación profesional.

Nada hay más grande en el hombre que reconocer su pequeñez refiriéndolo todo a Dios, Señor de todas las cosas.

Gracias, Dr. Puigvert, por la lección admirable que nos ha dado a cuantos dedicamos nuestra vida a los enfermos, Cristos vivientes en todos los tiempos y en todas las latitudes. Así se hace. Gracias nuevamente.

SESIÓN EXTRAORDINARIA

La Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica y Traumatología celebró una sesión extraordinaria en el Hospital Infantil San Juan de Dios, Barcelona, el 16 de abril de 1973.

En dicha sesión se trató el tema: Tratamiento de la luxación congénita de la cadera.

Orientación general del tratamiento.

Corrección quirúrgica de los defectos residuales acetabulares.

Corrección quirúrgica de los defectos axiales del fémur.

Luxación congénita en el niño mayor. Operación de Colonna.

Las Osteocondritis.

Dicha sesión fue desarrollada por los médicos del Servicio A: Doctores R. Esteve de Miguel, Juan Minguella, Juan Faig y Juan Casanovas.

FONTILLES

XII CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA PARA MÉDICOS

Organizado por la Soberana Orden Militar de Malta y la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja de Fontilles, con la colaboración de la Dirección General de Sanidad y eminentes profesores de algunas facultades de medicina.

El XII curso tendrá lugar en el Sanatorio de Fontilles desde el 12 al 22 de septiembre de 1973 bajo la dirección del Director del Sanatorio Dr. José Terencio de las Aguas.

PROGRAMA

Tema 1.º Distribución y epidemiología de la lepra.

Estudio particular de la endemia española.

Tema 2.º Ordenación de datos para la confección de

estadísticas. Bioestadísticas aplicables a la Lepra. Historia clínica.

Tema 3.º Bacteriología de la Lepra.

Tema 4.º Patología general de la Lepra.

Tema 5.º Estudio inmunológico de la Lepra.

Tema 6.º Histopatología de las lesiones cutáneas y nerviosas.

Tema 7.º Histopatología de las lesiones ganglionares, viscerales y endocrinas.

Tema 8.º Lepra Indeterminada. Sintomatología y evolución.

Tema 9.º Lepra Lepromatosa. Sintomatología y evolución.

Tema 10.º Lepra Tuberculoide y Dimorfa. Sintomatología y evolución.

Tema 11.º Síndrome neural de la Lepra.

Tema 12.º Leprorreacciones. Patogenia y formas.

Tema 13.º Manifestaciones bucofaríngeas, nasales y laríngeas.

Tema 14.º Manifestaciones oculares y sus consecuencias.

Tema 15.º Lesiones óseas y articulares.

Tema 16.º Lepra visceral y endocrina. Evolución de la Lepra.

Tema 17.º Diagnóstico de la enfermedad y de sus formas clínicas. Diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

Tema 18.º Pronóstico. Curabilidad. Posibilidad de erradicación.

Tema 19.º Tratamiento de la Lepra.

Tema 20.º Tratamiento de las leporreacciones y otras complicaciones.

Tema 21.º Tratamiento fisioterápico. Rehabilitación.

Tema 22.º Tratamiento quirúrgico correctivo de enfermedades y mutilaciones. Cirugía cutánea y ortopédica.

Tema 23.º Profilaxis de la Lepra. a) Educación sanitaria. b) B. C. G. c) Quimioprofilaxis. d) Tratamiento de los enfermos. e) Medidas higiénicas generales. Organización de campañas.

Tema 24.º Educación y Orientación laboral, Reeduación, Rehabilitación y Readaptación social de los enfermos.

Además de estos temas, se darán lecciones prácticas sobre las siguientes materias:

Diagnóstico precoz. Examen clínico. Examen dermatológico. Examen neurológico. Visita a un Dispensario Dermatológico. Técnica para la obtención de productos destinados al laboratorio. Baciloscopia. Técnicas para la coloración y diferenciación del bacilo. Reacciones serológicas. Técnicas de electroforesis. Biopsias. Exámenes histopatológicos. Leprominorreacción y lectura de resultados. Preparación de leprominas. Pruebas de la histamina y la pilocarpina. Exploraciones y técnicas de las diferentes especialidades. Prácticas de fisioterapia y rehabilitación. Tratamientos e instrucciones para evitar los accidentes de la medicación. Tratamiento de enfermos ambulatorios. Sesiones quirúrgicas.

Los aspirantes a asistir a este Curso deberán dirigir sus instancias al Comité Ejecutivo Internacional para la asistencia a los leprosos. 3 Place Claparede, Ginebra (Suiza) antes del 15 de Agosto de 1973 y al mismo tiempo a la

Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja, Fontilles (Alicante. España). Se dará preferencia a los que trabajen en Centros Leprológicos, Universidades, o pertenezcan al Cuerpo de Dermatólogos Oficiales del Estado.

La asistencia a este Curso es gratuita, ya que los gastos de organización son costeados por la *Orden de Malta*. Los cursillistas deberán permanecer en régimen de internado en la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja.

La *Orden de Malta* concederá también varias becas para las pensiones de estancia en el Sanatorio, a los aspirantes que aleguen mejores méritos. Los que no la obtuvieren deberán abonar 5.000 pesetas a la administración del Sanatorio por su estancia durante todo el Curso.

BARCELONA

Se anuncia la celebración en Barcelona de dos importantes Reuniones Científicas: El Segundo Simposio Duran Reynals (Replicación Vírica y Cáncer) y la Cuarta Conferencia Internacional sobre el Origen de la Vida (First ISSOL Meeting) que tendrán lugar en el Palacio de Congresos de dicha ciudad durante los días 21 al 23 y 25 al 28 de junio próximos. Dichas reuniones han sido organizadas por la Universidad Autónoma de Barcelona con la especial colaboración de la Junta Provincial de la Asociación Española contra el Cáncer, Patrocinadora del Simposio, y el Excmo. Ayuntamiento de Barcelona, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, la Sociedad Española de Bioquímica, la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, además de la colaboración de diversos estamentos Oficiales que no ha sido aún confirmada.

La temática del Simposio Duran-Reynals versará sobre: Replicación Viral, Virus y Cáncer, Comunicaciones libres (adaptadas a los temas mencionados).

La Conferencia sobre el Origen de la Vida se celebrará en honor de los profesores A. I. Oparin, M. Calvin, y H. C. Urey (los dos últimos han sido galardonados con el Premio Nobel). La temática será la siguiente: Química orgánica extraterrestre, La Tierra primitiva, Síntesis orgánica abiótica, otros aspectos del origen de la vida.

El presidente de ambas reuniones es el profesor Juan Oró de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Houston (USA).

El Simposio será presidido por los profesores Josep Melnick y Severo Ochoa (Premio Nobel). La conferencia será, así mismo presidida por los profesores J. Oró y Richard S. Young.

Además de los mencionados Premios Nobel se espera la asistencia de los profesores R. Robinson, W. F. Libby y G. Wald, también laureados con el mencionado premio.

Proximamente será difundido el avance de programa con los títulos de las conferencias, nombres de los conferenciantes, actos sociales, etc.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Prof. Dr. J. Obiols. Cursos Monográficos de Doctorado. Etoterapia. Dirigido por el Prof. J. Obiols. Análisis Cosmoantropológico de los Delirios Esquizoparafrénicos. Dirigido por el Prof. R. Sarró. Curso 1972-1973.

ETOTERAPIA

A) FUNDAMENTOS

- 1.º Prof. J. Obiols: Historia. Conceptos básicos. Su lugar en la psiquiatría actual.
- 2.º Prof. J. Obiols: Fundamentos teóricos I: Teoría reflexológica.
- 3.º J. Corominas: Personalidad y condicionamiento. Teorías de Eysenck.
- 4.º J. Corominas: Personalidad y condicionamiento. Teorías de Eysenck.
- 5.º J. Masana: Bases biológicas del aprendizaje.

B) TÉCNICAS

- 6.º A. Solá: Terapia Asertiva.
- 7.º J. Farré: Desensibilización sistemática. Fundamentos experimentales. Metodología. Resultados.
- 8.º J. Masana: *Implosión. Aversión-Relief*.
- 9.º E. Cirera: Técnicas aversivas: I. Químicas.
- 10.º J. Masana: Técnicas aversivas: II. Eléctricas. III. Sensibilización, vigilia e hipnótica.
- 11.º J. Toro: Técnicas operantes.
- 12.º J. Masana: Otras técnicas: *Thought stopping. Práctica negativa. Speechshadowin*. Modelamiento.

C) APLICACIONES

- 13.º J. Masana: Ansiedad. Fobias.
- 14.º J. Farré: Síndrome obsesivo. Síndrome depresivo.
- 15.º J. Toro: Enuresis. Encopresis. Tics. Tartamudez. Psicosis. Subnormalidad.
- 16.º F. Freixa: Alcoholismo y Toxicomanías.
- 17.º J. Farré: Sexualidad. Experiencias de Masters y Johnson. Frigidez. Anorgasmia. Vaginismo. Impotencia. Eyaculación precoz. Falta de Eyaculación.
- 18.º J. Masana: Homosexualidad y otras derivaciones.
- 19.º A. Colodrón: Alteraciones psicósomáticas. Medicina cortico-visceral.
- 20.º Prof. J. Obiols: Perspectivas y futuro de la Etoterapia.

ANÁLISIS COSMOANTROPOLÓGICO DE LOS DELIRIOS ESQUIZOPARAFRÉNICOS

Prof. R. Sarrió; Dr. J. Alborn, J. L. Fábregas; R. Pons; J. Torres.

- 1.º La orientación nosológica en el análisis del delirio en las escuelas francesas y alemanas hasta Kraepelin y Kleist.
- 2.º El análisis temático de la parafrenia de Schreber.
- 3.º Análisis psicopatológico del delirio en el aspecto formal.
- 4.º Ejemplificación del análisis antropológico existencial de Binswanger, en los casos de Ellen West, Jung Zund, Lola Voss, Suzan Urban.
- 5.º La sobrevaloración de la biografía y la escotomización de la autonomía del campo delirante.
- 6.º El aislamiento de las unidades temáticas y su identificación como mitologemas.
- 7.º El carácter holista de los delirios esquizoparafrénicos: Hombre, Mundo, Dios.

- 8.º Historia de la historia clínica psicopatológica desde la Antigüedad.
- 9.º Mitologema I: Hostilidad Universal (Delirio de persecución); Infortunio inmerecido; Mirada sartriana; Sentimiento de amenaza.
Mit. II: Fin del mundo (Físico o moral; Presagio del eskhatos; Eskhatos actual; Mundo allende del eskhatos).
Mit. III: Hostilidad sobrenatural (Dioses contrarios. Psicomaquinaciones omnipotentes).
Mit. IV: Mesianicidad.
Mit. V: Divinización (Endiosamiento panteísta; Creador universal; Demiurgo; Propietario universal; Omnisciencia y omnipotencia divina; Inmortalidad; Héroes políticos).
Mit. VI: Sacralización en la historia individual y universal (Nueva genealogía).
- 10.º Mitologema VII: Etnogeocentrismo.
Mit. VIII: Muerte reversible (Palingenesia).
Mit. IX: Pluralidad diacrónica y sincrónica de Egos.
Mit. X: Metamorfosis de la corporeidad.
Mit. XI: Cosmología.
Mit. XII: Pluralidad de mundos.
- 11.º Mitologema XIII: Expansión y retracción del espacio.
Mit. XIV: Expansión y retracción del tiempo.
Mit. XV: Ciclo de la destrucción y creación a escala sobrehumana.
Mit. XVI: Seres del 5.º reino (Andrógino).
Mit. XVII: Seres del 5.º reino (Seres a medio hacer; Monstruos).
Mit. XVIII: Cosmogonía y antropogonía.
- 12.º Mitologema XIX: Transformación de signos en símbolos (Palabras; Números; Letras; Colores).
Mit. XX: Homo Divinans (Pensamiento participante).
Mit. XXI: *Intellectus Archetypus* (El tercer ojo).
Mit. XXII: Filosofía y ciencias parafrénicas.
- 13.º El ser-en-el-mundo de los delirios celotípicos y erotomanos.
- 14.º Revisión crítica de los conceptos de arquetipos e individuaciones.
- 15.º Modelos inadecuados para la antropología de la psicosis esquizofrénica; Psicología de los instintos (Freud, Nietzsche); Conductismo, Sociología y Existencialismo (Heidegger, Sartre).
- 16.º Evolución de los modelos teocosmoantropológicos desde Platón, Plotino; Gnósticos Paracelso y Fludd, Bachofen, Klages, Lebenswelt.
- 17.º Confrontación con la psicopatología transcultural.
- 18.º Confrontación con Levi-Strauss, Lacan y Foucault.
- 19.º Psicoterapia de la psicosis esquizofrénica sobre fundamentos cosmoantropológicos.
- 20.º Concepción de los esquizoparafrénicos a la luz de la psicopatología de los delirios.

Estos cursos están destinados a los Licenciados en Medicina que realizan los Cursos Monográficos del Doctorado. Además están abiertos a asistentes que deseen inscribirse sin validez académica para lo cual deberán dirigirse a la Secretaría del Departamento. Al término de los mismos se expedirá el correspondiente Diploma de Asistencia.

II PREMIO «MAESTRO ÁVILA» DE ENSAYO RELIGIOSO

Ediciones Sígueme, abierta a la reflexión sobre el hombre contemporáneo desde una perspectiva religiosa, convoca el II Premio Nacional «Maestro Ávila» para aquellos trabajos que por su contenido y desarrollo respondan mejor a las exigencias cristianas del momento presente dentro de las áreas de la actividad humana.

BASES

1. Podrán concurrir autores, tanto españoles como latinoamericanos, cuyos trabajos, inéditos, escritos en lengua castellana, tengan una extensión no inferior a 250 folios ni superior a 350, mecanografiados a doble espacio y a una sola cara.
2. El tema de la presente edición será *Transformación histórica e identidad cristiana*. Se tratará, por tanto, de ensayos que intenten patentizar cómo los cambios concretos que ocurren en la historia, especialmente en nuestra historia actual —liberación, movimientos sociales, juventud, tercer mundo, socialización...—, exigen una re-interpretación y una nueva comprensión del mensaje cristiano.
3. Ediciones Sígueme adquiere el derecho de publicar el título premiado que estará dotado con 125.000 pesetas. Dicha cantidad corresponderá al cobro de derechos de autor, fijándose los mismos en un 10 % sobre el precio de venta por ejemplar.
4. Asimismo, Ediciones Sígueme se reserva el derecho de opción para publicar aquellos trabajos presentados que lo merecieran por su calidad.
5. Los originales deberán presentarse por triplicado, perfectamente legibles, y estar depositados en la sede social de Ediciones Sígueme (Apdo. 332. Salamanca. España) antes del 31 de diciembre de 1973.
6. El jurado calificador se dará a conocer el día en que termina el tiempo hábil para presentar los trabajos; su fallo se hará público, a través de los medios informativos, el día 23 de abril de 1974, fiesta del libro.
7. El jurado podrá declarar el premio desierto si los trabajos presentados no cumplieren las condiciones requeridas para su publicación.

JEAN-MARIE VAN CANGH

INTRODUCCIÓN A CARLOS MARX

Ediciones Studium.

La religión, la filosofía, la política, la sociedad y la economía —puntos capitales en el pensamiento de Marx— se comprenden mejor marcando las razones, el porqué y cómo de estas ideas.

Todas las fuerzas y corrientes ideológicas han de ser revisadas y pensadas con seriedad y serenidad; hoy se vuelve a ello antes de emitir los juicios de los que más tarde nos podemos retractar. ¿Cuántas veces no nos ha pasado eso?

Esta Introducción nos pone en mejor disposición de valorar lo positivo y de ver qué hay de negativo en el marxismo. En esta perspectiva es más fácil entrar en diálogo abierto, diálogo de claridad y acercamiento.

JOSÉ L. REDRADO

VARIOS

DISCUSIÓN SOBRE TEOLOGÍA DE LA ESPERANZA

Ed. Sígueme, Salamanca, 1972, página 222.

Esta obra recoge una serie de sugerencias, críticas y aportaciones hechas por un grupo de teólogos a la obra de J. Moltmann, «Teología de la esperanza». Son trece los autores que aportan la valoración a dicha obra; unos hacen un estudio minucioso, otros solamente se fijan en algunos aspectos, otros, finalmente, se expresan por medio de una carta, para exponer sus puntos de vista. Al final de la obra hay una respuesta del propio J. Moltmann en que intenta responder a las críticas, sugerencias y aportaciones de dichos teólogos.

Es un tema candente el que trata la obra, ya que quiere ser una respuesta cristiana para los hombres de hoy, que quizá no conectan con la forma tradi-

cional de presentar el cristianismo; sobre todo, para el mundo marxista, desde cuyo ambiente nació la obra que se critica en la presente.

Por ser un tema polémico y tal vez desconocido en nuestro ambiente, está destinado para teólogos y hombres de sólida formación. Supone, además, conocer la obra que se critica.

JOSÉ FIGUERAS

AGUSTÍN LABORDE

EL ENFERMERO DE DIOS

Diputación Provincial de Granada.

«El enfermero de Dios», un nuevo título que va bien, que dice mucho con Juan de Dios. Nada nuevo nos dice el autor sobre el santo de la caridad; es el mismo —el inquieto de los primeros años, el pastor y el soldado, el librero, el convertido a Dios por Juan de Ávila; el despreciado primero, el respetado y admirado después. Juan de Dios, hábil, organizador que «no sabe de ficheros, pero cataloga las enfermedades, agrupa los dolores». El visionario y aventurero convertido en «el enfermero de Dios».

Todo esto, quizá, no es nada nuevo para quienes conozcan la vida de Juan de Dios; pero el autor nos lo entrega con una forma nueva de decir, con un estilo ágil, novelado, como quien ve y escucha en las calles granadinas los personajes de entonces, las conversaciones y los gestos de entonces.

JOSÉ L. REDRADO

JAVIER G. GALDEANO

PASTORAL DE LOS ENFERMOS EL LIBRO DEL ENFERMO

Editorial P. S. Madrid.

Los dos libros tienen la misma orientación, el segundo viene a ser una síntesis del primero, puesto más al alcance

del enfermo, tanto por su tamaño y mejor manejo, como por la selección de ideas.

Al término de su lectura conviene hacer algunas observaciones: primero, toda pastoral de enfermos debe tener como pantalla de fondo el tema hospital y partir de ahí como punto de irradiación, ya que sólo desde esa perspectiva se comprenderá mejor el estar enfermos en otros lugares. Este es un fallo que notamos en los libros; el hospital, como tal, no está presente en las ideas que se exponen.

También hubiéramos deseado que el autor insistiera más en una verdadera lucha contra la enfermedad, en una situación más de salida hacia la vida, no tan centrada en la enfermedad, dolor y sufrimiento; ya se hace, en parte, pero quizá aisladamente, no como sistemática.

Se nota, finalmente, en los libros una ausencia de otras publicaciones, criterios y esfuerzos que vienen haciéndose en este campo en España, por medio de revistas y reuniones especializadas sobre el tema. Creo que la «Fraternidad de enfermos» no es el único y mejor lugar de criterios para una pastoral sanitaria.

A pesar de estos fallos, hemos de considerar los dos libros como una aportación muy positiva y de ayuda, tanto a los enfermos como al personal sanitario en todos sus niveles.

JOSÉ L. REDRADO

JEAN-CHARLES

FERIA UNIVERSAL DEL DISPARATE

Ed. Studium.

Hay en el hombre como una tendencia al ocio, al relax, a la expansión, a la fiesta. Hoy es urgente el poder disponer de estos elementos porque estamos metidos en un mundo de producción, efectividad y tensiones. El chiste, la jocosidad

dad, la «fiesta» vuelven al hombre a la «normalidad».

El presente libro es una traducción francesa, un inconveniente ya que el chiste y la «gracia» son de difícil traducción. Por ello, quizá, a muchos lectores nos llene este título.

José L. REDRADO

VARIOS

SACERDOTES, ¿DE QUÉ IGLESIA?

Ed. Studium.

Once testimonios. Once vidas «fabricadas» que se rebelan, se interrogan y deciden. Los juicios de las gentes, como ellos nos dicen, son diversos: no comprenden, rechazan, los hay también que piensan, comprenden y acogen. En fin, once testimonios que, al interrogarse, optan por lo que realmente su conciencia

les pide. Once testimonios, entre cientos y cientos, que siguen interrogando sobre la Iglesia, el celibato, las estructuras, «las vidas sin sentido».

El libro no puede leerse a la ligera, para juzgarlo de la misma forma, sino que es preciso serenidad, juzgarlo desde una dimensión honda y universal, desde la realidad.

José L. REDRADO

GUSTAVO GUTIÉRREZ

TEOLOGÍA DE LA LIBERACIÓN

Ed. Sígueme. Salamanca, 1972.

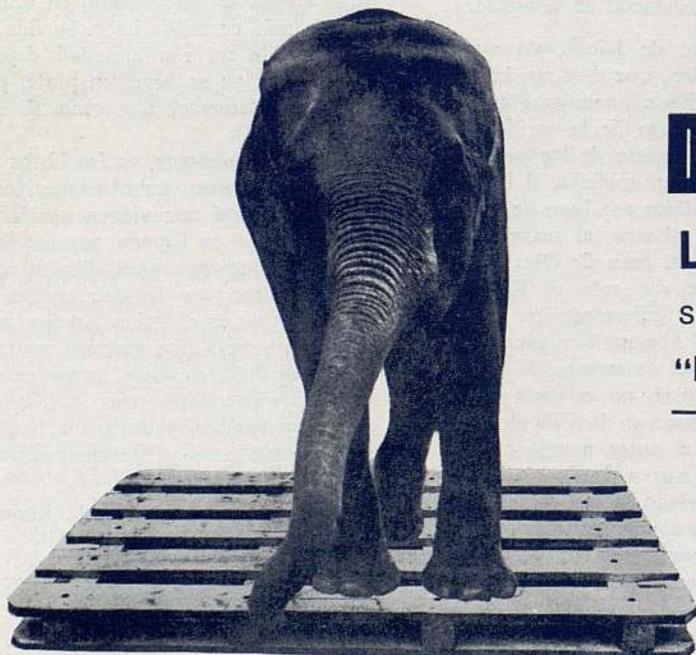
He aquí un libro con síntesis de pensamiento actual. «No es tanto una teología para mover al compromiso y motivarlo como una teología de cristianos comprometidos». Como nos dirá también el autor en otro lugar: «el punto de partida de la teología de la liberación

significa un repensar nuestra fe a partir de ese mundo al que ha sido llevado el cristiano al comprometerse revolucionariamente». El libro ha tenido sus más y sus menos: ¿mística socialista y marxista? Me da la impresión de que no estamos acostumbrados al manejo de datos sociales en teología, de ahí nuestra sorpresa por su contenido. El hecho de una venta «precipitada» en su primera edición, ¿no es un síntoma de la curiosidad, de la «novedad» puesta a nuestro alcance?

La liberación del hombre no puede quedar reducida a una sociología o a una psicología, pero tampoco será auténtica, completa, si está desprovista de esos elementos. La liberación abarca a la totalidad de la persona.

A cuantos militan entre los hombres; a quienes les duelen las injusticias; a cuantos tienen el alma templada para la lucha; a cuantos arrancan del hombre y luchan por el hombre, este libro les dará abundante luz.

José L. REDRADO



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo

"Recommandation ISO"

más sólidas

(pino pirineo)

más duraderas

(ensamblaje con clavos de torsión)

más económicas

Medidas Standard y especiales

|| palettes ||



Solicite información a:

JOSE TORRES GAMBON

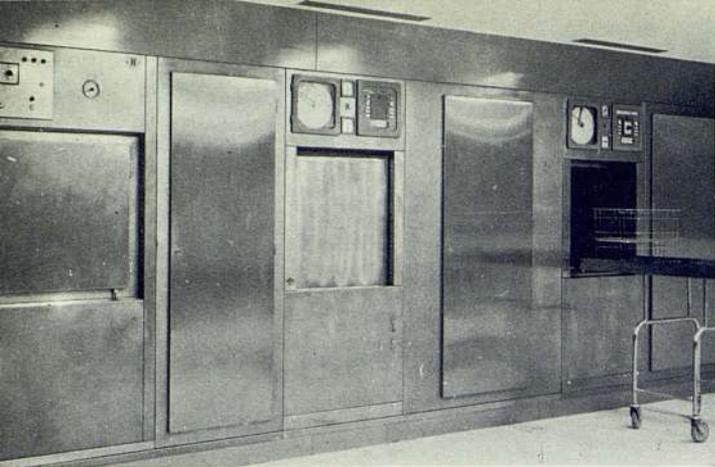
maderas - carpintería - embalajes

Rubio y Ors, 13 al 25

Tel. 377 00 90

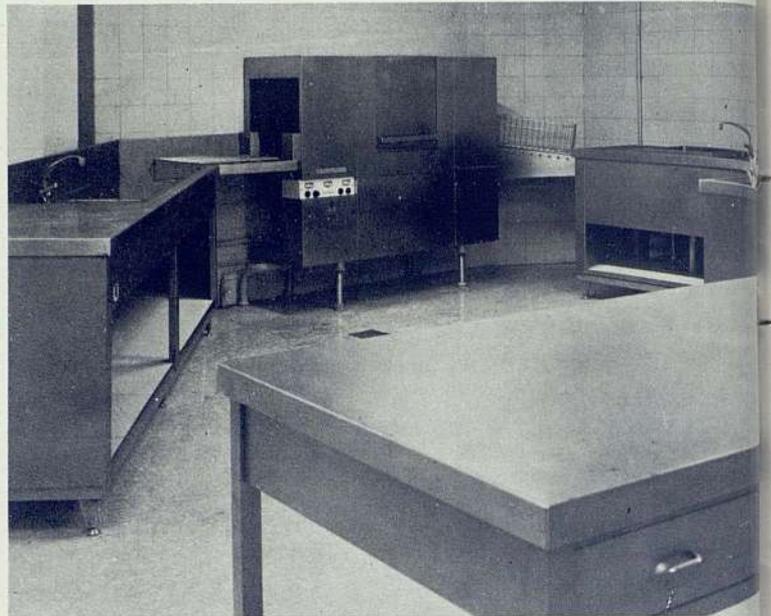
Cornellá (Barcelona)

Miembro de la
Fédération Européenne
de la Manutention " F. E. M. "



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

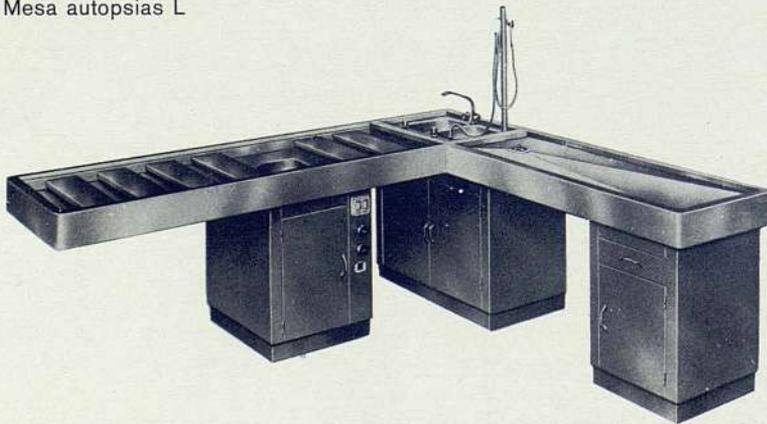
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberoneras
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
Esterilizado
- Almacenaje de cuñas

Entrega de:

- Autoclaves automáticos
- Esterilizadores por aire caliente
- Lavadoras por ultrasonidos
- Carros herméticos, térmicos-portacomidas,
transporte ropa limpia-sucia
- Mesas de autopsias
- Lavabos médicos
- Ventanas guillotina



Mesa autopsias L



Lavador
de cuñas



PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6

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:

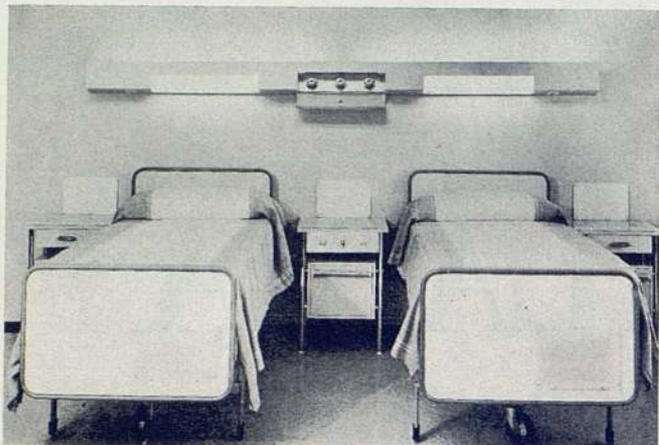
Cardenal Tedeschini, 55
Viladomat, 247-249
P.º Zona Franca, 182-184
Provenza, 391
Lauria, 20

Avda. Mistral, 36
P.º de Maragall, 386-388
Aribau, 272-274
Aribau, 121
Pza. Comas, 11-12 (Las Corts)

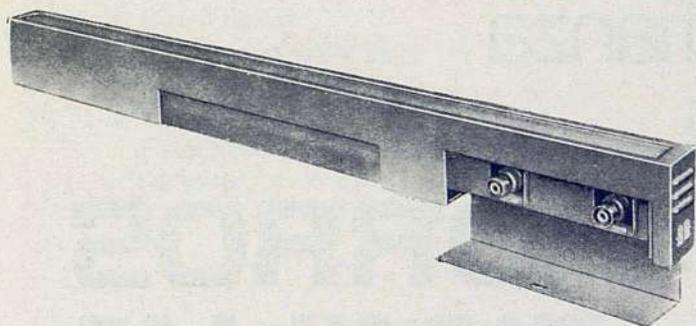
Virgen de Lourdes del 5 al 11
esq. Viña Larga (Trinidad Vieja)
Avda. 27 de Enero
(esq. Gral. Mola) PREMIA DE MAR
Avda. Alfonso XIII
(esq. San Lucas) BADALONA

ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

CON INCORPORACION DE:

- LUZ AMBIENTAL
- LUZ DE LECTURA
- TOMAS PARA APARATOS MEDICOS
- TOMAS DE OXIGENO, VACIO, AIRE, ETC.
- MICRO ALTAVOZ
- ALTAVOZ HILO MUSICAL
- LUZ RECONOCIMIENTO
- LUZ PENUMBRA
- JACK PARA TELEFONIA
- JACK PARA PULSADOR TIMBRE
- CANALIZACION LIQUIDOS
- ETC. ETC.

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

- AMBIENTE MAS GRATO
- TRABAJO MAS COMODO
- MAYOR EFICACIA
- MAS RENDIMIENTO
- DECORACION MODERNA
- MENOS COSTOS



Tipo PL - 165

DIVISION MEDICA

FABRICADOS PANHOS: PANTALLAS CANAL HOSPITALIZACION - PANTALLAS PARA LABORATORIO
NEGATOSCOPIOS - LUCES ESPECIALES CON REOSTATO PARA EXPLORACIONES

PANTALLA CANAL **panhos** DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

panhos s/a

ROSELLON, 231 - BARCELONA - 8
TELS. 307 37 58
308 31 54

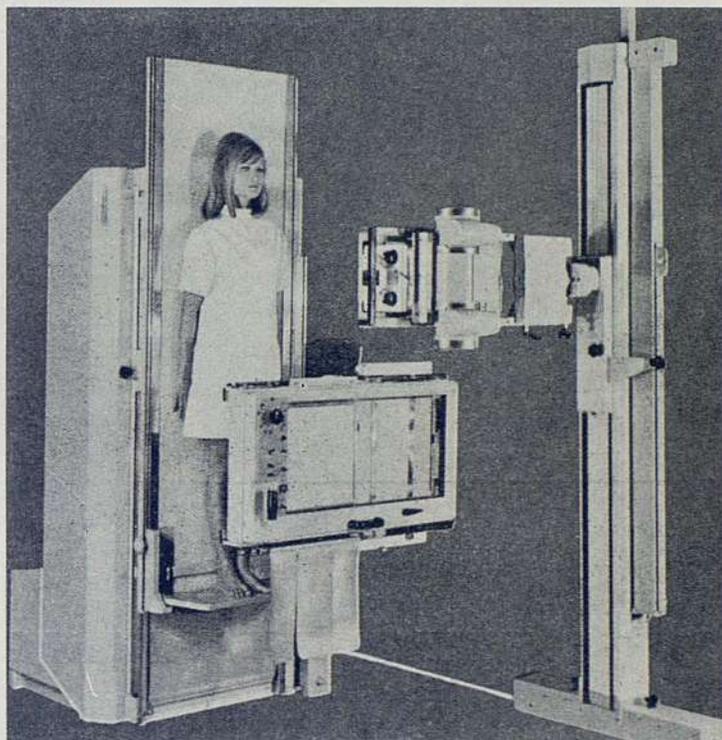
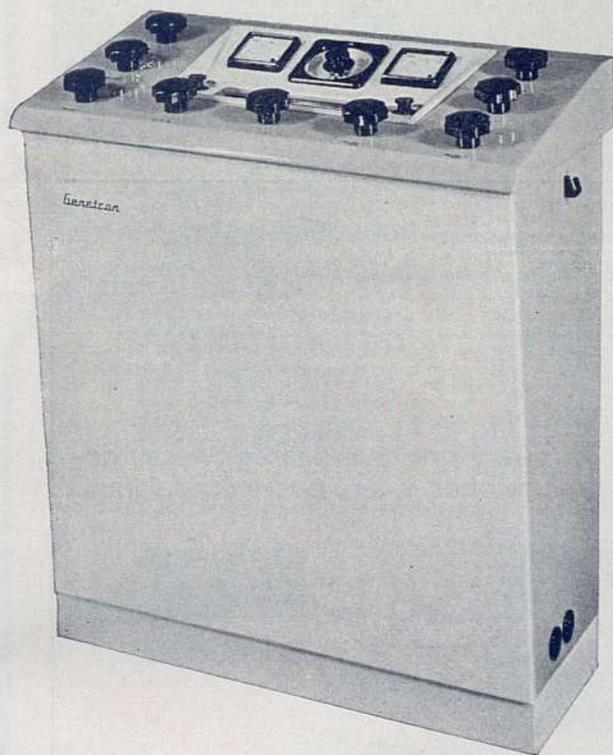
POR FIN...

un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica y fabricado por

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

SERIOGRAFO completamente automático
TABLERO DE EXAMEN MOVIL: 40 y 20 cms.
PLANIGRAFO vertical y horizontal
COLIMADORES motorizados
BUCKY de alta calidad y equilibrado en todas las posiciones
FRENOS electromagnéticos



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
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

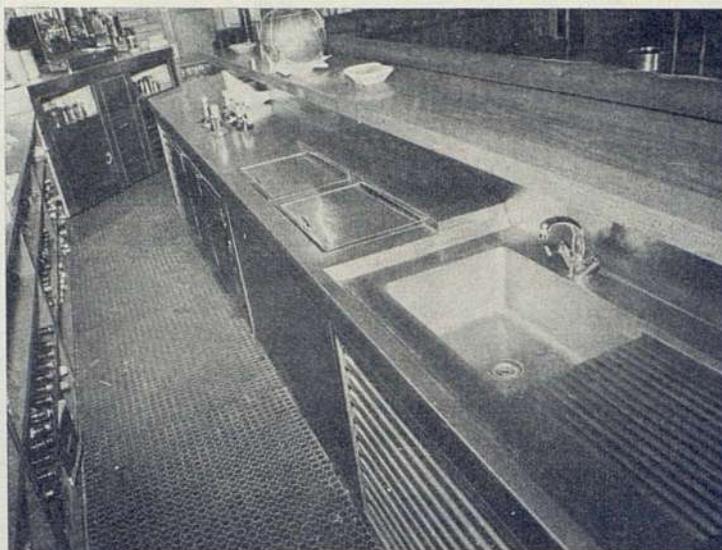
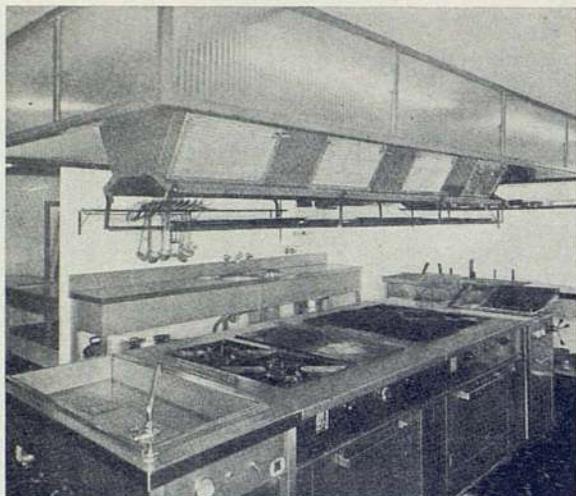
HOSTELERIA

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 cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



MAQUET

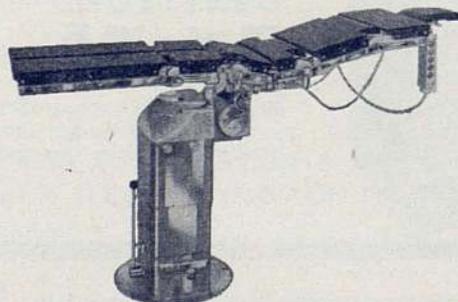
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

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



Electromedicina

FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

**QUE LES BRINDA
LAS SENSACIONALES
NOVEDADES DE:**

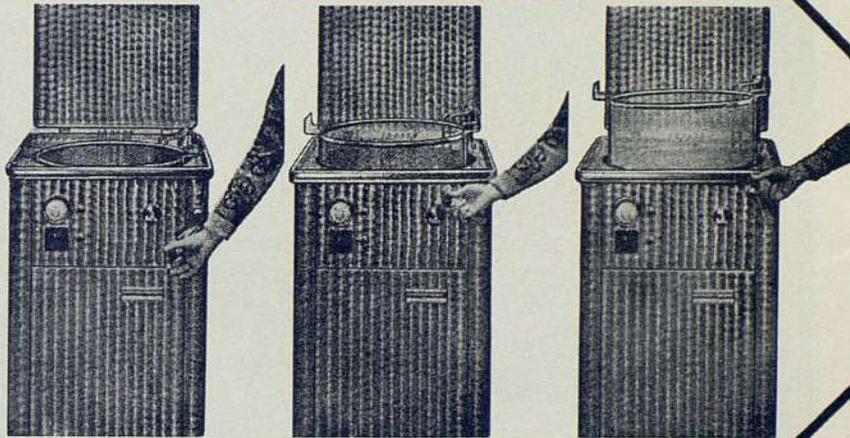


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

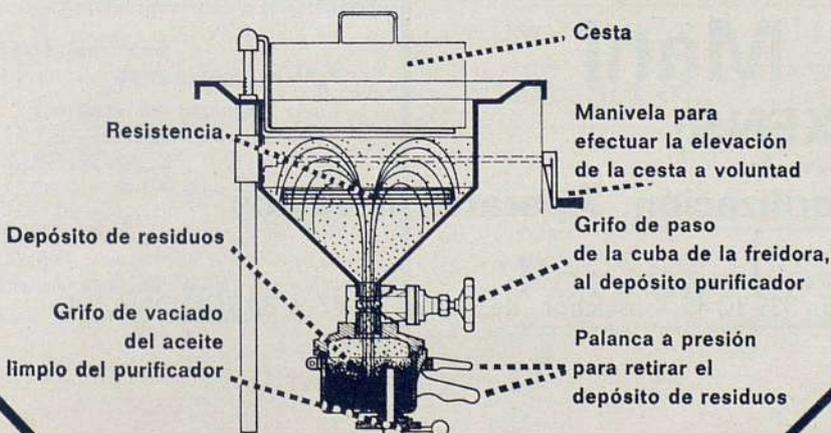
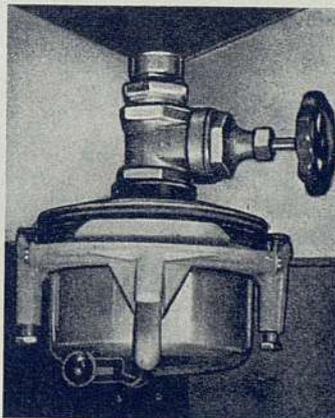
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.



*Una amplia gama de capacidades y especialidades para atender todas las necesidades del mercado.

*La freidora de calidad internacional

para mayor información dirigirse a:
JEMI - talleres J. Mora
Provencals, 277 - Barcelona-5

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

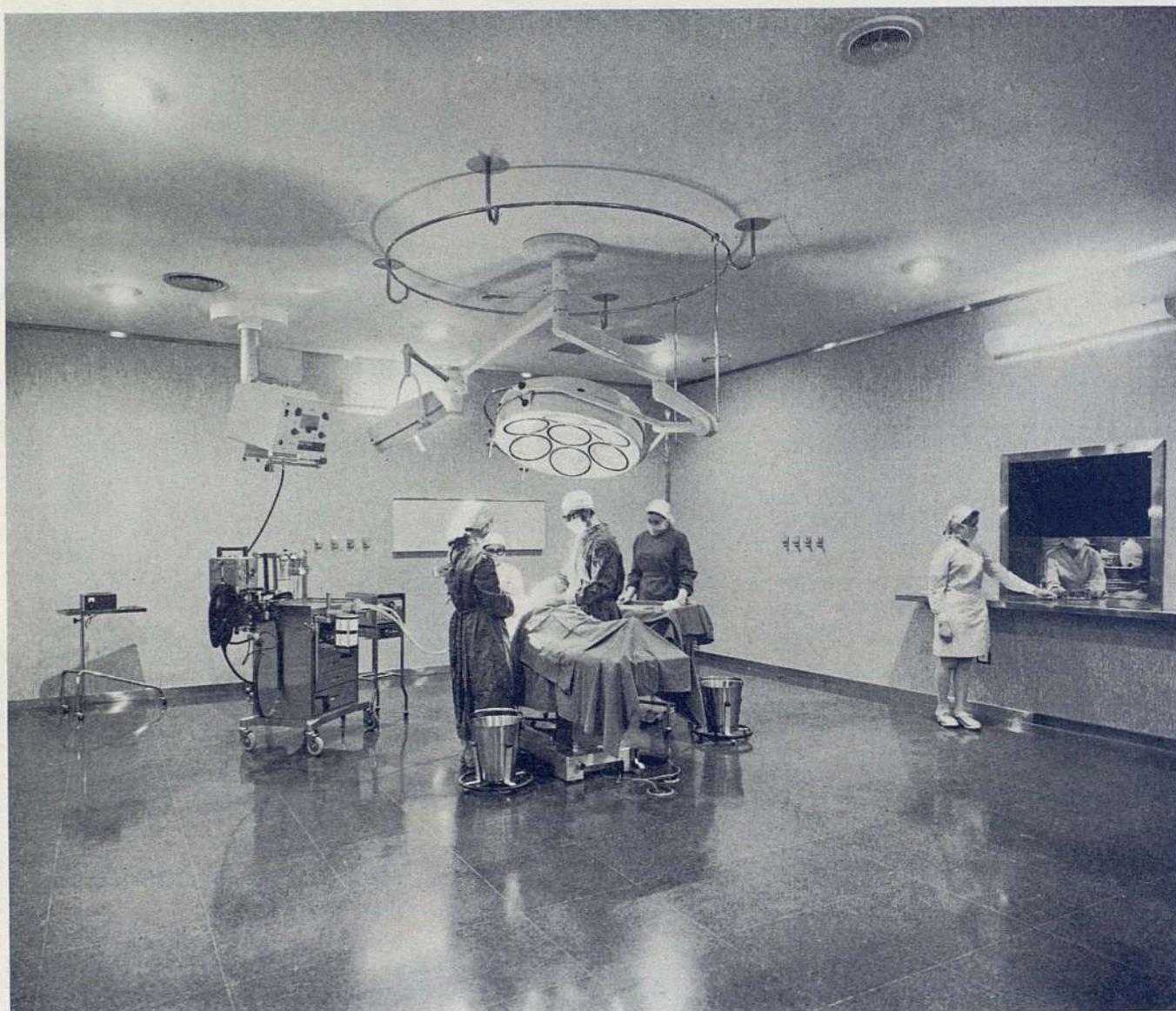
Don

Domicilio

Población.....

Provincia.....





BLOQUE QUIRURGICO INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

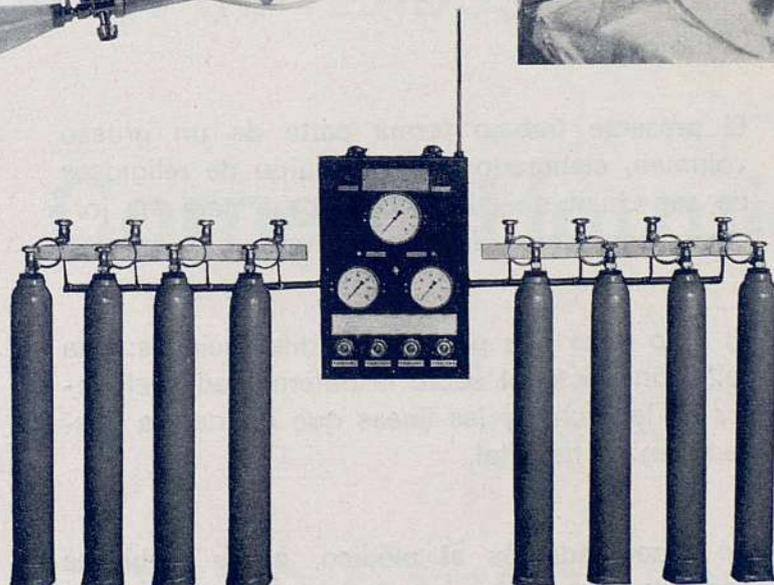
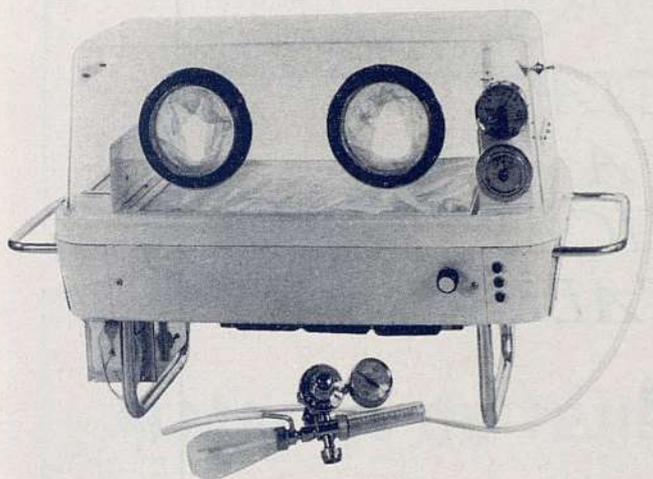
Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



OXIFAR, S. A.

Nuestra especialización y experiencia durante más de 25 años, en las técnicas oxigenoterápicas, nos permiten aconsejarle y colaborar con usted en los problemas que puedan presentársele en la aplicación de esta terapia, ya sea en tratamientos, como en instalaciones y aparatos.

TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS • APARATOS PARA OXIGENOTERAPIA Y AEROSOL-TERAPIA • INCUBADORAS PARA RECIEN NACIDOS Y PREMATUROS • TIENDAS DE OXIGENOTERAPIA EN CIRCUITO CERRADO • INSTALACIONES CANALIZADAS DE OXIGENO, VACIO, PROTOXIDO DE NITROGENO, AIRE, ETC.



NUESTRAS REALIZACIONES EN TODO EL AMBITO NACIONAL, PRESTIGIAN NUESTROS PRODUCTOS

Solicite información y
Presupuestos
sin compromiso

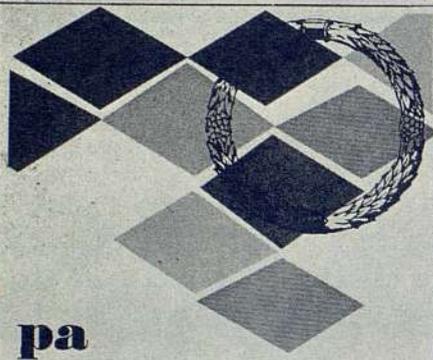
● BARCELONA
Enamorados, 136
Tel. 225 82 60

● MADRID
Amador de los Ríos, 1
Tel. 419 28 00

● ZARAGOZA
Baltasar Gracián, 7
Tel. 25 72 53

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.



FORET, S.A.

BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B

TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62

BARCELONA (10)

Foncuberta

Córcega, 242, entlo. - Tel. 218 23 72
BARCELONA (11)

Gral. Pardiñas, 71, 3º G
MADRID (6)

A. B. STILLE WERNER INSTRUMENTAL QUIRURGICO, MESAS OPERACIONES, ETC.

DOWN BROS INSTRUMENTAL ESPECIAL PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
MICROCIRUGIA
PROTESIS PARA OIDO INTERNO DE TEFLON Y POLIESTER
LUZ FRIA
APARATO PARA «TEST» GRAN CALORIC

SYNTHE MATERIA PARA LA OSTEOSINTESIS E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION
DE LA MISMA, TECNICA A.O. (PROFESOR MULLER)

PROTEK AG PROTESIS TOTALES E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION DE LAS MISMAS
(PROFESOR MULLER)

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

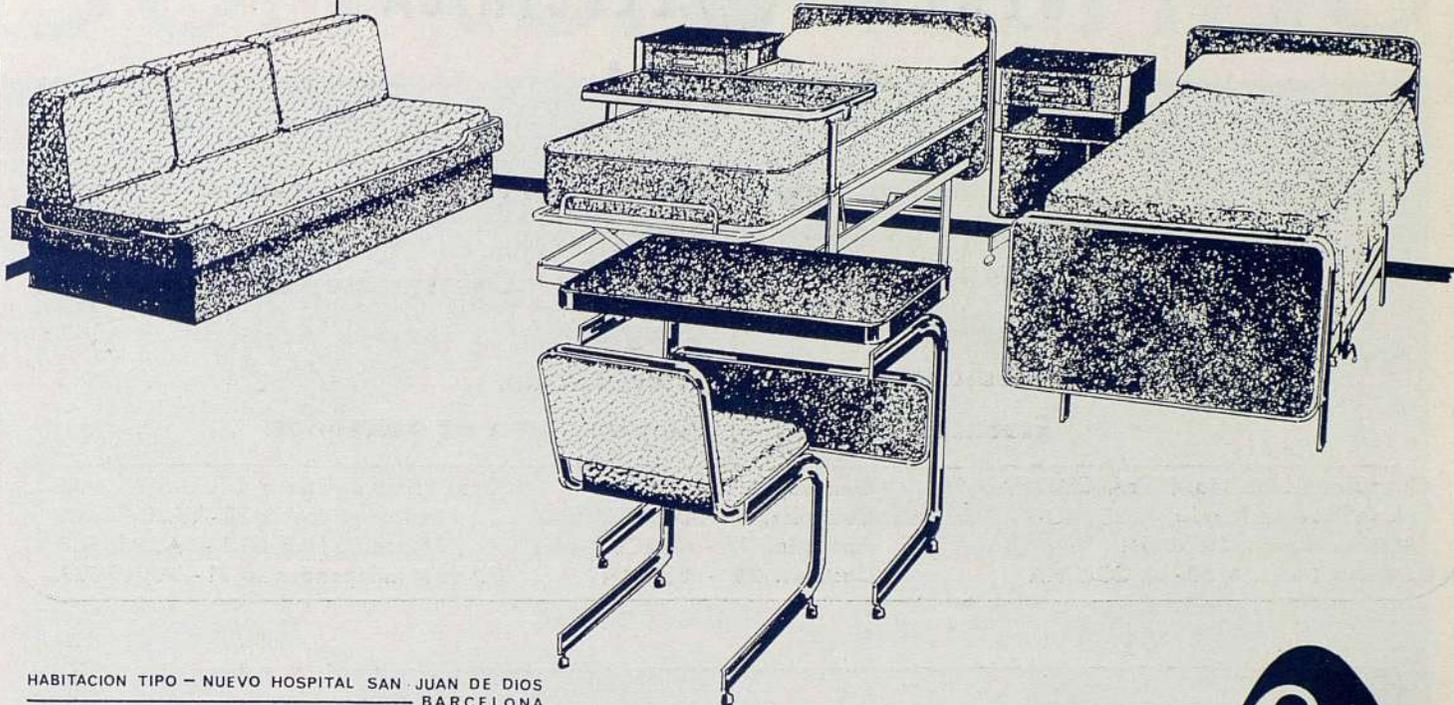
Completísima exposición de las marcas de
máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

Oculus Krahn Möller Grieshaber A.Heiss Moria Storz
Frigitronics (Criocirugía) Kretztechnik(Ecografía) OpticsTechnology(Laser)
Nikon(Lámpara de hendidura fotográfica con «Zoom») American Optical Burton
Gulden Haag-Streit Schwarzer Zeiss etc.

Calle Fernando Puig, 36-38 Teléfono 211 47 19 BARCELONA - 6

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona



HABITACION TIPO - NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
BARCELONA

mobiliario clinico



CAMAS ARTICULADAS
CAMAS HIDRAULICAS
COLCHONES ARTICULADOS
MESILLAS DE NOCHE
CAMAS DE ACOMPAÑANTE
SILLAS
ALMOHADAS

COLABORANDO CON LOS CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES, FLEX CREA LO MEJOR



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Ofrece:

Equipos Radiológicos para
exámenes convencionales y
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1 - GIJON

General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4

Cuarteles, 47 - MALAGA

Apóstoles, 17 - MURCIA

Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS

Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11

Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID

P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.



SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

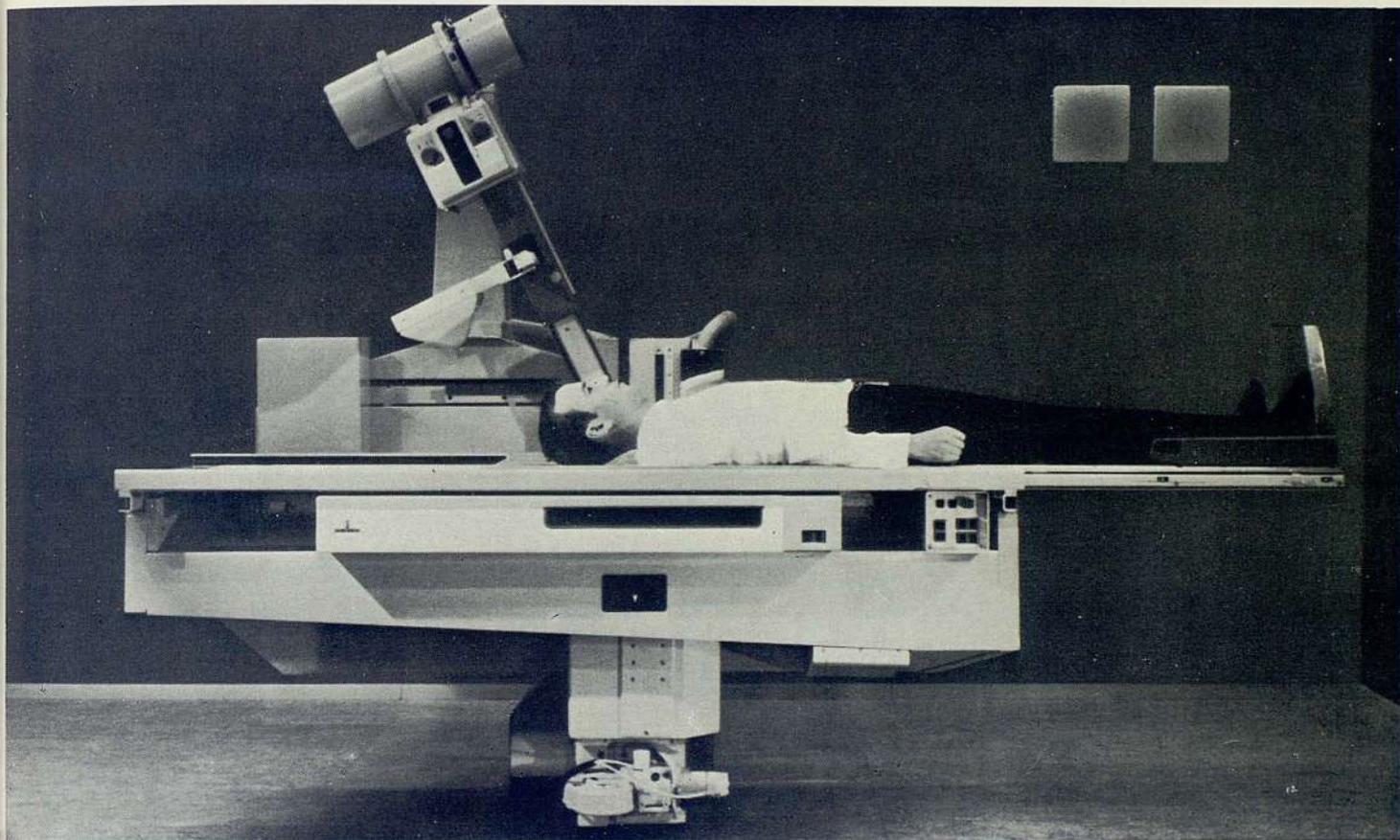
Teléfono 219 92 41

Barcelona 3



SIEMENS

Con telemando



Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.

Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.

Una de sus muchas ventajas:

El seguimiento automático del intensi-
ficador en caso de radiación oblicua,
con lo cual se evita el desplazamiento
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica
con telemando,
para exigencias máximas

SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA
ESPAÑOLA, S.A.
Madrid 4, Fuencarral, 45, 5º

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 2223096

Barcelona 10