

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
LABRIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 27. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1974
Número 152 Volumen VI

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

EL PORQUÉ Y PARA QUÉ
DE LOS INSTITUTOS RELIGIOSOS 64
Por ÁNGEL PERULÁN, O. H.

CONTRATACIÓN E INCORPORACIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA 70
Por MARÍA ASUNCIÓN LLOBET

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA 73
EN LA OBRA DE SAN JUAN DE DIOS
Por el doctor GUILLERMO CALDERÓN

LA PASTORAL EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS 76
Por JUAN GARCÍA INZA

LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE 86
Por CARLOS MARIA ZABALA, Trinitario

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN, HOSPITALARIA 90

EL MUNDO DE LOS ENFERMOS A TRAVÉS 93
DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL:
LOS PROBLEMAS DE LAS ENFERMERAS
ENFERMEDAD Y DESARROLLO
EL ABORTO

NOTICARIO 97

Por un hospital más humano

Temas que hacen pensar

EL PORQUE Y EL PARA QUE DE LOS INSTITUTOS RELIGIOSOS DE ACCION HOSPITALARIA

Por ÁNGEL PERULAN, O. H.

PERÍODO NUEVO

Frente a una situación de radicalismo en que se encuentra sumida nuestra sociedad, la vida religiosa en sus diversas formas no ha quedado marginada de este bamboleo que lleva a preguntarse sobre la razón misma de su existir en las tareas mundanas y aún en la misma Iglesia.

Por el peso de una tradición, no siempre vitalizada y actualizada, ha faltado la agilidad necesaria y el reposo preciso, para saber buscar el nuevo camino que sin demasiadas tensiones o rupturas hiciera posible dar una respuesta afirmativa y clara a todos los porqués y paraqués que se suscitan desde dentro y desde fuera de la vida religiosa.

La irrupción de un mundo nuevo en sus estructuras y procederes, que tiempo hace se veían quizá en sus aspectos negativos, y que impidió la adecuada preparación para insertarse en él con ascendiente y dominio de las situaciones, se ha hecho ya normal, y el progreso, el descubrimiento o nuevo planteamiento de las formas de vida social, cultural o religiosa, ya no son novedad, ni causan demasiado impacto. Nos parece lo normal seguir la veloz carrera hacia el logro de aquéllo, sea lo que sea, que el hombre se propone como meta. Todo es posible, aunque a veces la práctica nos haga quedarnos en el casi.

El mundo de la salud, el mundo del hospital, ha recibido sobre sí la nueva forma de trabajar y haberse en él (progresos terapéuticos-humanización) y las profundas transformaciones en las motivaciones del trabajo y en la interpretación del mismo hombre enfermo.

Si el Vaticano II afirmaba ya en la Constitución Iglesia-mundo *que el género humano se halla hoy en un período nuevo de su historia, caracterizado por cambios profundos y acelerados, que progresivamente se extien-*

den al universo entero (GS 4), la aceleración en la búsqueda de nuevas formas y la rapidez con que se desechan las usadas hasta ayer, podrían ayudarnos a descubrir la problemática que padecemos dentro de las instituciones hospitalarias al querer desenvolvemos en el mundo cambiante de hoy.

Si el edificio hospitalario ha sido renovado en un proceso de desacralización que le ha hecho pasar de ser *la casa de Dios* y en donde sólo los *consagrados a Dios* realizaban su tarea santa, a la *empresa hospitalaria que produce salud* en donde los hombres *profanos*, trabajan e investigan. La conmoción de la razón de ser y la presencia de los religiosos en el mundo del dolor ha motivado que muchos buscaran otros caminos, pues les parece que *hoy nada tenemos que decir en el campo hospitalario*.

Con una presencia que a veces no era impactante, al menos colectivamente, por parte de las comunidades religiosas hospitalarias, ha hecho que se perdiera la motivación del *estar en el hospital*, y si se sigue trabajando, se ha dado la mano a los profesionales para formar con ellos el *equipo de trabajo*.

La situación de infradesarrollo en los criterios cristianos sobre nuestra razón de ser y tarea actual en el mundo de la salud, dejaban a la intemperie las mejores ilusiones de quienes vieron un día como camino para su vida el ser *religioso hospitalario*.

El mismo progreso técnico habido en los religiosos hospitalarios no ha ido acompañado siempre de un crecimiento en sus exigencias cristianas, para que fueran encontrando su misión y el testimonio que debía dar su presencia entre otros laicos que servían como ellos a los enfermos.

Padecemos una tentación de puro profesionalismo. Seguramente que se debe a que la experiencia general anterior fue demasiado sentimentaloides en lo religioso,

reduciendo nuestra figura a *buenas palabras, palabras de consuelo y repartidores de estampitas*. Caricatura de lo que fue la presencia religiosa anterior, pero que, a veces, y por desgracia, sólo queda lo más chocante, aunque fuera la excepción y hasta ridículo.

CÓMO NOS PRESENTAMOS HOY

Previo al descubrimiento que intentaremos hacer de nuestra razón de ser en el hospital y en todo el mundo de la salud, será bueno que a grandes rasgos descubramos nuestro *cómo* nos presentamos hoy.

Lamentamos nuestras deficiencias, advertimos nuestro estar *out*, en tantas situaciones; pero ¿qué hacemos para que nuestra presencia llene nuestras vidas de ilusión?

Aunque quizá sean más las sombras, y ojalá la realidad no sea así, quisiéramos analizar el cómo nos presentamos hoy en la práctica diaria. Porque aunque hemos mejorado en lo técnico, hemos conseguido una nueva ideología sobre nuestro trabajo, pero ¿qué hacemos en la realidad?

Real descontento que se manifiesta entre los componentes de nuestras comunidades. Del mucho trabajo, que creíamos era la causa de estos cansancios, hemos pasado a unas tareas de turno que han roto nuestras tradicionales formas de vida comunitaria. Seguimos como perdidos en nuestro ser y vivir como religiosos.

Por la minusvaloración tradicional de las tareas del hospital, todavía predominan los criterios válidos sólo para personas de no gran alcance. *Lo de siempre y el qué dirán* ahogan todavía a cualquier iniciativa que rompa moldes y quiera ser actual.

No se ha generalizado la real preocupación por los valores culturales. Los medios de comunicación no han sido valorados para conocer la realidad que viven los hombres a quienes intentamos servir la luz de Cristo.

Tantas veces carecemos de horizontes, que damos muestras de no comprender que existen distintos a los que nos toca vivir. La inmediatez de cada día nos domina. Se ahoga a los profetas de nuevos caminos.

Padecemos inflación de cristianismo. Con criterios cristianos elementales, ofrecemos formas gastadas y que ya no sirven. *O damos muestras de un Dios presente, parecemos cajas de recuerdos de otros tiempos o castillos museos de antigüedades.*

La insuficiente o superficial formación religiosa y cristiana, a pesar de algunos cursos o cursillos hechos, nos lleva a no saber dar respuesta a la situación que vivimos. Parecemos hombres perdidos, que han fracasado en su ilusión, con poco entusiasmo y dando la impresión de que no estamos convencidos.

Nos falta la constante y comunitaria alegría de los testigos de la resurrección. No entusiasmos, porque nos falta motivaciones que nos llenen.

La falta de madurez cristiana conlleva en la práctica una no revisión sincera de nuestro cómo, para buscar entre todos la presencia que nuestro mundo necesita. Las dificultades para el diálogo se agigantan entre nosotros, con estructuras mentales mucho más dependientes que en otras formas religiosas. De la solicitud infantil de unos por otros, hemos pasado al individualismo en el que cada uno se las vea por sí.

El choque de mentalidades se ha hecho brutal en nuestras comunidades hospitalarias con las consecuencias de aislamiento, afirmación de posturas y la división consiguiente.

Por la falta de preparación que nos caracterizaba, las nociones eclesiales fundamentales (Iglesia-misión-vocación-Sacramentos-etc.) en su expresión actual, el sentido de nuestra misión en el hospital, y hasta los aspectos técnicos y culturales del mismo, hacen que se organicen tales barreras en la comunicación, que sólo cosas triviales y superficiales pueden tratarse en común y sin conflicto.

Nuestro trabajo con sus exigencias de *Trabajo en equipo*, para el que no nos preparamos (siempre pensamos en trabajar en el hospital desde la designación del superior o superiores, y no desde la incorporación a un equipo que funciona y al que entramos a formar parte), crea también situaciones de desenfoco en muchos.

Las necesarias relaciones con los otros laicos que cooperan o forman la *comunidad hospitalaria*, origina tales conflictos que, o nos hacen olvidar nuestra condición de trabajadores con ellos, o dejamos y negamos nuestra condición de religiosos. Los temores y las advertencias todavía resuenan entre nosotros.

Pero la autonomía que hoy exigen nuestros puestos de trabajo en el hospital, los horarios, etc., configura una nueva forma de vivir nuestra comunidad cristiana, que ya es diferente, pero que sigue añorando lo que antes fue.

Desde este análisis se comprende el cansancio de muchos que se sienten defraudados dentro de nuestras formas comunitarias de hacernos presentes en el hospital.

Surgen así los intentos de solución buscando una nueva realidad en nuestra fidelidad al carisma y sentido dentro de la Iglesia, que haga posible llenar las aspiraciones más justas de quienes han recibido la *llamada* de servicio a los hermanos y quieren responder en formas de hoy a las necesidades presentes.

Son muchos también los que, equivocadamente, tratan de resolver estas deficiencias de forma individual. Dejan el camino emprendido y con nostalgia, pero mostrando cobardía, se autoconvencen de que nada puede hacerse: se van de la vida religiosa. Otros, se mantienen dentro de las estructuras de su comunidad, pero como creen ellos que nada se consigue, son inamovibles, se buscan un sucedáneo de tarea o compromiso cristiano fuera del hospital: trabajos en la parroquia, poblaciones, catequesis, en comunidades de base, etc. Otros, finalmente, cansados de gritar y ofrecer su colaboración se

echan a dormir el sueño de la despreocupación, y así trabajan en lo que pueden, pero sin tener nada que ver con los demás. Las consecuencias de estas decisiones no siempre se valoran, y se trata de buscar, con un tanto de irresponsabilidad, la causa que motiva esta toma de posturas, en la falta de sacrificio, de espíritu de trabajo, etcétera. Cuando advertimos a tantos que nos dejaron, que trabajan intensivamente y hasta con ilusión, para conseguirse una seguridad en su vida nueva, y siempre trabajando dentro de lo hospitalario, porque la vocación al menos como tarea la tenían.

SEAMOS LUZ QUE ORIENTE Y LEVADURA QUE HAGA FERMENTAR

En la evolución seguida por el hospital y su mundo: organización, trabajo, etc., la presencia de lo cristiano no siempre se ha tenido en cuenta, y hasta a veces se han visto, al menos a muchas formas de vida religiosa, como un obstáculo para el desarrollo y progreso técnico del mismo.

Esta crisis no ha quedado en pura acusación hacia los que como religiosos trabajamos en él; se ha metido dentro de nosotros y nos ha hecho preguntarnos: ¿qué hacemos en el hospital? ¿Seguimos teniendo sentido en el mismo? ¿Qué valor tiene nuestra presencia, que de ser imprescindible para que *funcionara*, hemos pasado a no advertírsenos entre la comunidad numerosa de los que colaboran en las tareas hospitalarias? ¿Merecen la pena nuestros sacrificios y privaciones, nuestra manera de vivir, para que en la práctica se pueda hacer tan poco?

Por otra parte, la revaloración de la teología y acción misionera de los laicos no religiosos con su tarea de consagración del mundo, podrán hacernos concluir la ya no necesaria presencia nuestra en el moderno hospital. Acaso, todavía, piensan algunos equivocadamente, nuestra presencia sea necesaria en los lugares pobres, de misión, etcétera, donde hagan falta corazones generosos, sin importar mucho la técnica.

Quisiéramos demostrar lo inexacta que es esta afirmación. Hoy más que nunca nuestra presencia se hace imprescindible en todo el campo de la salud. Pero hacernos presente, no significa repetir formas de presencia de otros tiempos, reduciéndonos a trabajar en situaciones de infradesarrollo, como si sólo ahí cupiera nuestra misión.

Con preparación técnica adecuada y en legítima competencia hacia un mejor servicio a los enfermos, la presencia de la comunidad religiosa en el hospital, debe ser la luz que oriente y la levadura que haga fermentar las vivencias cristianas presentes en el mundo del hospital. Es verdad que tendremos que rechazar nuestros precedentes poderíos en el hacer, lo abarcábamos todo, para limitarnos a dar sentido desde nuestros campos li-

mitados de acción, pero no menos eficaces cuando se viven con responsabilidad cristiana.

RAZÓN DE SER DE LOS INSTITUTOS HOSPITALARIOS

Tratemos de analizar la razón de ser de los Institutos hospitalarios.

No pueden ser criterios temporalistas los que nos guíen al analizar los porqués profundos de nuestro trabajo en el hospital, aunque tengamos toda la historia de la cultura occidental favorable a nosotros.

La vida religiosa hospitalaria, como forma de ser religioso, participa del misterio de la Iglesia.

La misión de Cristo, como enviado del Padre para la salvación de los hombres, se concreta en las diversas formas de respuestas personales que damos los hombres.

Desde la vocación cristiana, el bautizado se compromete a ser testigo del amor y bondad de Dios para con los hombres, ofreciendo a los demás el camino de acceso a la salvación que gratuitamente ha recibido.

Sin olvidar nuestra condición de *laicos consagrados* tendremos que aplicarnos lo que el Vaticano II afirma: «en las tareas temporales están llamados por Dios, para que desempeñando su propia profesión guiados por el espíritu evangélico, contribuyan a la salvación del mundo como desde dentro, a modo de fermento. Y así hagan manifiesto a Cristo ante los demás, primordialmente mediante el testimonio de sus vidas, por la irradiación de la caridad, la fe y la esperanza» (LG 31).

Encontraríamos como razón primera de nuestra presencia en el hospital el que la Iglesia por nuestra tarea manifiesta a los hombres su misión trascendente, no haciéndose ajena a esta importante situación de la vida de los hombres: la enfermedad (Cf. LG 46, GS 1).

Desde la importancia que adquiere entre los hombres el problema del mal que se hace dolor y sufrimiento en los enfermos, nace que en esta disyuntiva tan frecuente en que los hombres nos encontramos: *seres para la vida o para la muerte*, la palabra de vida que ofrecemos en nombre de Cristo, oriente y dé sentido a esta situación.

Nos corresponde a nosotros una tarea de «consagración del mundo del dolor» (LG 34) que ofrezca a los hombres no sólo remedios puramente técnicos a su vida enferma, sino palabras de salvación que se hacen amor y servicio encarnado en nosotros.

La gracia se hace carisma del Espíritu en nosotros, que nos lleva a dar una respuesta de generosidad total en el cumplimiento de una misión que se inició en el Bautismo.

No es poder temporal, no somos comunidades que se justifiquen por la tarea que juntos realizamos, lo que hace que estemos en el hospital. Es la misión que se nos ha encomendado lo que motiva el que nuestra vida ofrezca lo único que poseemos: «en el nombre del Señor Jesús... damos vida, curamos, trabajamos...» (cf. Hech. 3, 6).

LA VIDA RELIGIOSA ARRANCA DEL BAUTISMO

La vida religiosa arrancando del Bautismo (cf. LG 44) participa por ello del misterio de la Iglesia, pero se hace a la vez «don para ella misma» (LG 43).

De esta afirmación se deduce otra de las motivaciones de nuestro porqué estamos en el hospital.

No ha sido iniciativa nuestra, ni siquiera elegimos un camino de personal santificación. De la esencia de la vida religiosa, desde su entrega vocacional, nace una imitación de Cristo que supone seguirle más de cerca (LG 44), pero siempre en favor del Cuerpo Místico (LG 43).

La caridad, que se hace servicio, amor y comprensión, es condición indispensable en la pertenencia al Reino (cf. I Jo. 2, 3 ss. II Jo. 4, 7 ss. Sant. 2). Todos los bautizados en su promesa de imitación a Cristo y de fidelidad a su doctrina, tendrán que aceptar la exigencia del «mandato nuevo» (Jo. 13, 34-35) por el que tienen que advertir a los no creyentes que somos sus discípulos.

Pero la condescendencia de Dios que le hizo acomodarse a nuestra condición humana en el plan general de salvación (Cf. Hebr. 2, 14-18) ha regalado a su Iglesia con los institutos religiosos que aparecen «como símbolos que pueden y deben atraer eficazmente a todos los miembros de la Iglesia a cumplir sin desfallecimiento los deberes de la vida cristiana» (LG 44).

Por esto, nuestra razón de ser fundamental dentro del misterio de la Iglesia se comprende como una tarea de *animación en la caridad* para el resto de los demás cristianos.

NINGÚN AMBIENTE PUEDE SER AJENO A NUESTRA PRESENCIA EN EL HOSPITAL

Ningún ambiente puede ser ajeno a nuestra presencia, y menos el mundo del hospital. Desde la perspectiva de consagración del dolor y desde la animación para los creyentes, podría entenderse que a pesar de los progresos organizativos o asistenciales que alcancen los centros hospitalarios, nuestra presencia allí se hace hasta imprescindible. La caridad hecha hospitalidad es, sin duda, el signo más eficaz, que visto y contemplado por los hombres pueden entender el amor que Dios nos tiene y que Dios nos ofrece a todos.

Si la vida religiosa es por su misma naturaleza un carisma, un don en favor de la Iglesia (Cf. LG 42, PC 1), al preguntarnos sobre nuestra presencia en el porqué y cómo de la tarea apostólica, tendremos que advertir si se hace urgente o no nuestra presencia de animación en la caridad que constituye nuestra misión.

Para nosotros de forma especial se cumple también el vaticinio del profeta: «El espíritu del Señor está sobre nosotros y nos envía a curar a los enfermos» (Is. 61, 1).

Nuestro signo y estímulo hacia los miembros de la Iglesia en su misión de servicio al mundo, nos lleva a ofrecer en el mundo de la salud una experiencia de presencia salvadora por la que somos *los profetas* que iluminan el camino tortuoso y difícil del dolor, ofrecemos el *culto agradable* en nuestra consagración del ambiente de trabajo, y nuestra caridad se hace plenitud de ley que nos lleva a dar cada día la vida por nuestros hermanos.

La presencia eclesial que se realiza en nuestra acción apostólica, cuando ésta se inicia desde un servicio técnico adecuado, nos hace seguir más cerca a Cristo (LG 44; PC 1) que sigue pasando por el mundo haciendo el bien y curando a los oprimidos por el diablo (Hech. 10, 38).

SINGULAR HONOR EL DE SER HOSPITALARIOS

Si la misericordia y el servicio a los enfermos son mirados por la Iglesia con un singular honor (Cf. AA 8, 3), nuestra razón de ser en la animación para que esto se cumpla por todos los cristianos, nos tiene que llevar a tener una especial solicitud por mostrar a Cristo sanando hoy a los enfermos y heridos (LG 46).

Tendremos que recordar de nuevo el carácter de gratuidad de la llamada o don de Dios a la vida religiosa, y la participación en el misterio de la Iglesia, para que criterios de pura eficiencia temporal y de pura competencia en tareas técnicas aunque apostólicas, no nos lleven a sentirnos defraudados, al no poder comparar ni aun a veces mostrar lo que hemos hecho por el Reino de Dios.

La razón de ser y el porqué más profundo de nuestro estar en el hospital no se mide por las cosas que hacemos en los que podríamos llamar quehaceres apostólicos. Se mide en el ángulo de la misión y papel que nos corresponde dentro de la misión de la Iglesia.

Nuestra única razón de ser en el hospital es ser hospitalarios, religiosos que se comprometen en la *animación* cristiana de todo ese mundo, sirviendo a la vez de estímulo para que los cristianos sigan al Cristo que les pide amar y servir a sus hermanos.

Necesitamos humildad y firmeza, para aceptar ser nosotros mismos, es decir para querer vivir en totalidad nuestra vocación religioso-hospitalaria.

A veces, porque las reflexiones se han hecho solamente desde formas religiosas de acción profética o cultural, nos hemos sentido faltos de orientación en nuestra vida, y cuando hemos querido *hacer algo*, todo nuestro trabajo era una pura imitación de lo que nuestros hermanos hacían desde la respuesta a vocaciones distintas a la nuestra.

Esta imitación no podía resultar ni nos podía satisfacer, por lo que el desaliento se adueñó hasta de los más entregados. Nada se podía hacer en el hospital al

tratarse de un campo apostólico en el que no cuadraban los esquemas de trabajo que se nos ofrecían.

A veces, para cubrir esta sensación de *no hacer nada*, se ha dejado el hospital para trabajar en otros campos apostólicos, donde los planes y resultados gratifican el esfuerzo que se realiza.

La tentación en que muchos cayeron de creer que bastaba a su condición de religiosos una presencia de eficiencia y altura técnica en el servicio, fundamentando esta postura en la experiencia anterior, recobra su condición de tal en la afirmación del Vaticano II en la Constitución de Liturgia: «pues los trabajos apostólicos se ordenan a que una vez hechos hijos de Dios por la fe y el bautismo, todos se reúnan, alaben a Dios en medio de la Iglesia, participen en el sacrificio y coman la cena del Señor» (SC 10).

Nadie, ni desde su condición de sólo bautizado, puede contentarse con el trabajo como única meta de su quehacer apostólico. La urgencia de evangelización es para todos. Verdad es que quizá, muchas veces nuestra única forma de anunciar a Cristo será el trabajo delicado y realizado con esmero. Pero siempre deberemos mantener la inquietud que nos lleve a encontrar la manera de que oigan el mensaje y puedan entender la motivación de nuestra misma presencia en el hospital.

SER FIELES A NUESTRA VOCACIÓN DE TRABAJO CRISTIANO EN EL HOSPITAL Y MUNDO DE LA SALUD

Se nos pide que nuestro trabajo sea una contribución al logro de la verdadera liberación del hombre. Contribuimos a ella sólo cuando somos fieles a nuestra vocación de trabajo cristiano en el hospital y mundo de la salud. A nosotros nos corresponde una tarea, quizás no la más brillante en esta contribución del esfuerzo común por conseguir un mundo mejor, pero vista desde la fe y gratuidad de Dios en su llamada, imprescindible en la continuidad de la misión de servicio de Cristo.

Hoy también sigue siendo «un año de gracia en el que los enfermos son curados, los cojos andan, los ciegos recobran la vista y los pobres son evangelizados» (Mt. 11, 4-5). Es tarea nuestra manifestarlo.

Ya en la Constitución sobre la Iglesia, al hablar de los religiosos se previó la tentación de pensar que en los diversos campos vocacionales se puede uno realizar mejor que en el propio, por esto se nos dice: «todo el que ha sido llamado a la profesión de los consejos evangélicos esmérese por perseverar y aventajarse en la vocación a la que fue llamado por Dios, para una más abundante santidad de la Iglesia y para mayor gloria de la Trinidad, una e indivisible, que en Cristo y por Cristo es la fuente y origen de toda santidad» (LG 47).

No es huyendo, o haciendo aquello para lo que no se ha recibido don de Dios como se encuentra el lugar apropiado en la misión de la Iglesia. Sólo en el esmero

y dedicación a la propia vocación se encuentra el sentido que se busca.

Tampoco es la pobreza o situaciones deficitarias el campo exclusivo en donde uno puede realizarse como religioso, sobre todo si se buscan estas situaciones porque en realidad resultan menos comprometidas y uno puede decir está cerca de los pobres.

En la pobreza o en la situación cómoda, en el hospital ultra-moderno o en el dispensario, en el colegio más céntrico o en la escuela poblacional, no es tanto el ambiente (de no ser que nosotros sirvamos al clasismo como algo natural cosa que no sucede ya en los hospitales, que su modernidad se mide por la atención a los pacientes y no por la situación económica de los mismos) cuanto la falta de criterios claros en orden a la misión que nos cabe en cada una de las situaciones, lo que motiva el que encontremos sin sentido nuestra presencia allí.

Hoy nadie duda que es más fácil para todos, hasta para mantener las formas más gastadas de vida de tiempos anteriores, el trabajar en un hospital en donde nosotros hagamos el papel de los indispensables, que no hacerlo en un moderno centro hospitalario que trastorna con sus exigencias nuestros esquemas de vida de siempre.

Las nuevas formas, no podemos buscarlas fuera del ritmo a que camina nuestro campo de misión. Ni tampoco podemos esperar o vivir nuestra vocación en añoranza de lo que antes fueran los hospitales. Sería ingenuo pretender detener los alcances de la ciencia y del progreso, y, al no conseguirlo, retirarnos vencidos porque nada tenemos que hacer en él.

LAS NUEVAS COMUNIDADES HOSPITALARIAS

Si el hospital se presenta como algo nuevo, distinto a lo que fue hasta ayer, resulta ingenuo que no hayamos entendido en seriedad que esto conlleva unas comunidades nuevas en su organización, trabajo, forma de vida y criterios apostólicos.

Las comunidades tradicionales (familia, parroquia, grupos apostólicos, etc.) han sufrido cambios tan profundos que podemos llegar a afirmar que sus formas tradicionales no nos sirven hoy, a pesar de la oportunidad y valor de otros tiempos (Cf. GS 6).

No se ve fácil el empeño de querer poner remiendos de modernidad en vestidos que se hacen jirones.

Como los esfuerzos que se están realizando por dar respuesta al papel que le corresponde hoy a la comunidad religiosa dentro del hospital son positivos y tienen el valor de un esfuerzo permanente por romper dificultades que no debieran nunca serlo.

Los rasgos fundamentales de estas comunidades los podríamos sintetizar así:

- Son comunidades en las que el trabajo se les hace indispensable para poder subsistir. Viven de su trabajo

y carecen de la seguridad de una comunidad rica y poderosa.

- Como comunidad para el trabajo, se hallan comprometidos en el quehacer humano total del hospital, pero desde los puestos y trabajos para los que cada miembro tiene capacidad.

Al trabajo en el hospital no se incorporan desde una designación religiosa, sino desde la competencia de su preparación técnica.

En el trabajo se mantienen mientras su rendimiento es positivo para el conjunto hospitalario.

Los turnos y los horarios vienen marcados por el hospital y el servicio a los enfermos.

Las remuneraciones, como los trabajos y descansos, son en todo semejantes a los demás trabajadores del hospital.

Su condición de religiosos no es un privilegio, sino un motivo de mayor exigencia para un compromiso mayor en el trabajo mismo. Tampoco se dejan utilizar para mayores responsabilidades basadas en su condición de religiosos.

Luchan y se esfuerzan por contribuir al establecimiento de la verdad y la justicia en el mundo de la salud, y lo hacen en sus puestos de trabajo.

- Convencidos de que la razón de ser de su vida está en la misión que tienen que realizar por su trabajo mismo, aúnan todas sus fuerzas para que se forme la comunidad para el trabajo misionero.

Para superar el activismo, las acciones individuales o la falta de conciencia evangelizadora, tratan de incrementar su fraternidad como una puesta en común de los bienes y cualidades.

En la Eucaristía encuentran la fuente de su quehacer apostólico y la cima hacia donde se orientan (SC 10). Celebrar la Pascua de Cristo es hacer el paso de su propia vida a una entrega cada vez mayor, y llevar a los hermanos que sufren la invitación que ilumine sus vidas y les haga pasar de su dolor, al gozo del sentido de la vida.

Se mantienen en un esfuerzo permanente para presentarse como *comunidad peregrina*, como *pueblo de Dios en marcha*, sin apegos a formas o apariencias que sólo valen transitoriamente.

Sin duda, el aspecto más positivo se manifiesta en el

empeño que ponen para tratar de incorporar a todos los miembros a la responsabilidad misionera, pasan de que algunos de los miembros parecían los responsables de la acción pastoral a toda la comunidad ofreciendo un signo de servicio evangélico.

Como advierten sus limitaciones, tratan entre sí en sincera revisión de confrontar su trabajo y presencia cristiana en el hospital. Esto les lleva a cooperar e invitar a que participen en los equipos de pastoral los cristianos que trabajan en el hospital.

No se cierran sobre ellas mismas, saben que la apertura a los demás los enriquece. Su vida y su proceder están siempre accesibles a quienes se acercan para recibir la animación que necesitan.

- La experiencia de Cristo, del Cristo vivo, del Cristo resucitado, se manifiesta en el móvil del comportamiento de la comunidad. Sólo desde esta experiencia podrá encontrarse justificación a una vida de servicio y amor.

Las demás exigencias de la vida religiosa: pobreza, obediencia, castidad, vida en común, etc., tienen su sentido desde esta luz que nace en la experiencia pascual y nos potencian en un servicio sin trabas, al acercarnos más al modelo Cristo (LG 44).

Testigos de la resurrección, abren perspectivas de nueva vida en esperanza y posibilitan una interpretación que libere de la angustia a los que sufren.

Su alegría es contagiosa. Rebosando del don de Dios irradian confianza. Entusiasmados por la vocación recibida, engendran optimismo. Sus vivencias cristianas les posibilitan el mejor servicio que pueden ofrecer a los enfermos.

- En fidelidad al carisma recibido, se sienten enviados a evangelizar a los marginados, a los injustos, a los que oprimen, a los fariseos en todas sus formas, a los ciegos en la verdad, etc. (Cf. Mt. 11, 4-6), pero siempre en su mundo de trabajo, sin sentirse tentados por urgencias exteriores que les debilitarían en su acción evangélica en el mundo de la salud.

- Finalmente, como han tomado conciencia de los caminos presentes y futuros hacia donde se orienta el mundo de la salud, la formación técnica se hace permanente, para que el lenguaje de expresión evangélica sea siempre el actual.

CONTRATACION E INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Por MARIA ASUNCION LLOBET

INTRODUCCION

Quizás, en el enunciado de este artículo queda confusa la idea que me mueve a darle vida. Procuraré que quede lo más clara posible.

Debo adelantar que, en mi exposición, no quisiera herir a nadie. No es esta mi intención.

Voy a considerar tres etapas de los servicios de enfermería. Dos de ellas han sido vividas por la mayoría de nosotros. La última es la que está llamando a nuestras puertas.

UN POCO DE HISTORIA

Hasta hace poco, teníamos encasillado al personal hospitalario, de forma arbitraria, dentro de unos moldes tradicionales.

El personal de enfermería, en muchos centros de asistencia, se componía —y se compone— de comunidad de religiosas, practicantes, enfermeras, auxiliares, camareras, camilleros, limpiadoras y, en los centros de maternidad, pueden añadirse las matronas.

COMUNIDADES RELIGIOSAS

Algunos hospitales y clínicas tenían —o tienen— hecho contrato con una comunidad religiosa. La institución, al hacer el contrato, lo hacía en bloque. Eran contratos baratos. La comunidad se comprometía a un número determinado de hermanas en servicio y el centro, a su vez, otorgaba plena libertad en cuanto al orden que estableciesen las hermanas.

La superiora era la enfermera jefe y, si el hospital tenía escuela de enfermeras, la jefa de escuela.

Las hermanas podían asumir todos los *rols*: enfermera, costurera, cocinera, encargada de lavaderos, etc., según le fuese encomendado por la superiora.

Si en el centro hospitalario se contrataban enfermeras, generalmente se hacían cargo de trabajos de enfermería básica pues las jefas de servicio eran hermanas.

Otros centros funcionaban solamente con hermanas y camareras y, algunos, con hermanas y limpiadoras.

La entidad, además de tener personal a bajo precio, no debía enfrentarse con el problema de cubrir turnos de noche o los días festivos. La superiora era quien se encargaba de ello.

Las hermanas que habían trabajado durante toda una jornada, el día que tenían *vela*, enlazaban con la noche durante la cual debían atender a varias salas sumando, algunas veces, casi doscientos enfermos. Al día siguiente continuaban al frente del servicio y no iban a descansar hasta después de la comida del mediodía. O sea, que su jornada de trabajo se prolongaba durante más de treinta horas consecutivas.

Muchas veces, no todas las hermanas eran enfermeras pero, la dirección del centro, lo que quería, era tener un número de personas y no se preocupaba por estos *detalles*.

Las hermanas no disfrutaban de vacaciones y, su único cambio en el transcurso de un año, eran los ejercicios espirituales durante una semana; la que tenía suerte iba a otro convento pero muchas los hacían en el propio hospital.

Las hermanas dependían únicamente de la superiora.

PRACTICANTES

Otros componentes del hospital eran los practicantes masculinos. Generalmente ocupaban plazas de radiología, consultorios en servicios de urgencias o accidentes y, en los servicios del S.O.E. cubrían, además, los puestos de practicante de los distintos equipos quirúrgicos y los llamados de *zona*.

Eran personas importantes pues, cuando el doctor no estaba en el servicio, muchas veces atendían al paciente

o al accidentado; hacían la cura, prescribían medicación y, no se molestaban lo más mínimo, cuando los pacientes o familiares les llamaban *doctor*.

El practicante, casi siempre, dependía directamente del médico.

ENFERMERAS

El tercer componente del grupo era la enfermera. Estaba bajo las órdenes del médico y de la hermana. Ella era quien, con gran complacencia, ayudaba al médico a sacarse la chaqueta y a enfundarse la bata.

En la sala se ocupaba de administrar la medicación que la hermana le entregaba, muy contada y controlada. Se ocupaba también de los dispensarios médicos y quirúrgicos y, en quirófano, instrumentaba.

En los laboratorios tenía un papel preponderante ya que acostumbraba trabajar con interés, meticulosidad y limpieza.

AUXILIARES-CAMARERAS

A veces se confundían y fundían en una estas dos profesiones. En muchos hospitales y clínicas, una sola persona se encargaba de los dos papeles aunque, en los más detallistas, les hacían poner distinto uniforme para uno u otro *rol*.

Incluso había centros más decididos y simplistas, en los que, una persona era a la vez camarera y enfermera.

LIMPIADORAS

En algunas clínicas u hospitales, esta persona fregaba el suelo por la mañana y, un poco más tarde, era quien aplicaba la medicación.

MATRONAS

Creo que es el único personal que ha actuado siempre dentro de los cánones de su especialización.

ASPECTO ACTUAL

COMUNIDADES RELIGIOSAS

Después del Concilio Vaticano II, se han replanteado su posición y han evolucionado.

Actualmente, en la mayoría de instituciones, se les respeta el horario como a las demás enfermeras. Los puestos de más responsabilidad o de mando dentro del hospital, los cubren indistintamente hermanas o enfermeras A.T.S., según sea su preparación.

Las comunidades más avanzadas, se han preocupado en poner al día los conocimientos de sus religiosas. Además, tienen especial cuidado en colocar a cada una de las hermanas en el lugar que les corresponde: la que tiene título de enfermera o A.T.S., actúa como tal y, a la que no lo tiene, se la sitúa en servicios clave del hospital como son la dirección de limpieza, lavadero, costurero y cocina, o sea, los llamados de hostelería hospitalaria.

El contrato entre institución y comunidad, sigue siendo global. El centro hospitalario procura conservar este sistema pues es el que le resulta más económico.

PRACTICANTES

El nombre sigue todavía dentro de la nomenclatura de muchas instituciones, como por ejemplo la Seguridad Social, cuando a estos profesionales les fue concedida la convalidación de su título por el de ATS.

Es un contrasentido que continúe hablándose de plazas de practicante cuando está equiparado, tanto en sus funciones como en su calificación, al actual Ayudante Técnico Sanitario.

En algunas escuelas de A.T.S., siguen los cursos en común hombres y mujeres, dándoles la misma formación y exigiéndoles las mismas prácticas.

En cuanto a la contratación e incorporación al trabajo, muchos hospitales y clínicas, siguen haciendo distinciones y, al mismo profesional le ofrecen distintas condiciones económicas o de trabajo, no en relación con su capacidad o sus conocimientos, sino sólo y exclusivamente por prejuicio de sexo.

ENFERMERAS

La enfermera ha trabajado para ponerse al nivel que las circunstancias actuales exigen. Ya no es la persona servil de antaño. Tiene conciencia de su profesionalidad. Se preocupa, promueve y asiste a cursos de actualización de conocimientos. Mantiene contactos profesionales interregionales e internacionales.

Le ha sido negada la convalidación de su título por el actual de A.T.S. que a pleno derecho le corresponde pues los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, fueron programados por enfermeras y solicitados al Ministerio de Educación Nacional, según convenía en aquella época.

Sólo intereses o prejuicios personales se oponen a esta convalidación.

La contratación e incorporación al trabajo, en la práctica, es la misma que para la A.T.S., excepto en medicina de empresa donde la enfermera está clasificada en inferioridad de condiciones, aunque ha tenido los mismos estudios de especialidad que los A.T.S. y ha debido pasar satisfactoriamente, las mismas pruebas.

En muchas de las especialidades actuales, le está vedado el ingreso o, caso de ser admitida al curso, al final del mismo no se le otorga el diploma acreditativo.

A.T.S.

Como queda dicho en el apartado de practicantes, en muchos centros se hacen distinciones cuando se trata de contratar e incorporar a A.T.S. masculinos o femeninos. En algunas instituciones, los A.T.S. femeninos dependen de la enfermera jefe y, los masculinos, siguen dependiendo sólo del médico.

Los A.T.S. de hoy, tienen visión clara de su responsabilidad. Desean actualizar sus estudios y que se comprenda que han llegado a la madurez profesional. Quieren que su profesión no sea el apéndice de otra sino que se reconozca la independencia que les corresponde.

AUXILIARES DE ENFERMERIA

Cada día hay más contratos de auxiliares de enfermería que se incorporan al servicio como tales.

Pero todavía existen clínicas y hospitales que contratan auxiliares y las incorporan al trabajo como si fuesen enfermeras A.T.S.

Esto es un fraude a la sociedad.

Para tranquilizarse, las direcciones de dichos centros, se escudan en la escasez de enfermeras. Es verdad que faltan enfermeras, pero también es verdad que, si nosotros recibimos buen número de ofertas de enfermeras A.T.S. a quienes no contratamos por tener cubierta la plantilla, no creemos que estos centros dejen de recibir solicitudes. Si no las reciben, deben reconsiderar sus políticas de personal en cuanto a salarios, horario, ascensos, etc.

Las auxiliares de enfermería, necesitan urgentemente la formación reglamentada, ordenada y reconocida.

VISIÓN FUTURA

COMUNIDADES RELIGIOSAS

La contratación de religiosas A.T.S., debería ser individual y nominal.

El trabajo, remuneración y horario, los establecidos para los demás profesionales.

De la misma forma en que hoy, al necesitar personal A.T.S. llamamos a las escuelas de A.T.S. o al colegio de enfermeras A.T.S., deberíamos poder solicitarlas a comunidades religiosas.

Con libertad absoluta de elección. Procediendo de la misma forma que cuando se trata de otro A.T.S. Con la misma selección empleada, normalmente, en la empresa.

LOS MISMOS DERECHOS

La contratación no debe tener en cuenta al sexo.

Al incorporar al trabajo a un A.T.S. masculino deben exigirse las mismas condiciones que se exigen a uno femenino. No hay ningún trabajo que sea de hombre o de mujer.

Si se actúa dentro de una profesión, debe aceptarse todo lo que ella comporta.

El lavar enfermos, el hacer camas a los graves y el poner cuñas, tiene la misma importancia que el hacer una cura, montar una perfusión o atender al psiquismo de un enfermo.

Preferentemente, podría incorporarse al A.T.S. en unidades de enfermería con pacientes del propio sexo. Otra solución podría ser el que se dotasen las unidades de enfermería con personal femenino y masculino.

RESUMEN

Las religiosas, por pertenecer a una comunidad religiosa, no dejan de ser personas con cualidades y defectos, con aptitudes y actitudes profesionales como otro A.T.S. No tiene razón de ser el que se les dé un trato diferente, ni en más ni en menos.

El nombre de practicante ya no es actual. La nomenclatura hospitalaria debería adaptarse a la realidad.

Es injusto el no conceder la convalidación a las enfermeras, del título que, por derecho, les corresponde.

Los A.T.S. masculinos o femeninos, profesionalmente, deben ser iguales en todo. Les corresponde el mismo contrato y la misma incorporación al servicio.

Deberían ser castigados por la Ley todos los centros que emplean personal no titulado, como si lo fuera.

Ayuda al enfermo mental en México

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA EN LA OBRA DE SAN JUAN DE DIOS

Por el doctor GUILLERMO CALDERÓN
Jefe del departamento técnico de la clínica San Rafael,
Tlalpan, México

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Pocos años después de la conquista de México, cuando apenas se estaba integrando el mestizaje producto de la mezcla de nuestras grandes culturas aborígenes, con la raza hispana, que a diferencia de la de otros países europeos no aniquiló en forma despiadada a los pueblos conquistados, sino que generosamente se incorporó con ellos, legándonos además su cultura, su idioma y su religión, llegaron al territorio de la Nueva España los primeros hermanos hospitalarios de san Juan de Dios. Sus nombres, que afortunadamente ha conservado la historia, fueron: Cristóbal Muñoz, Bruno de Ávila, Juan de Segura, Gonzalo de San Esteban y Juan Leonardo.

Al través de los años, su obra fructificó llegando a establecer 27 hospitales en el territorio que hoy ocupa la República Mexicana, pero por diversas circunstancias que no viene al caso mencionar, la orden se retiró en 1820, permaneciendo ausente casi cien años. Para fortuna nuestra al iniciarse el presente siglo, regresó, fundando el hospital de Zapopan en 1901, el de Cholula en 1910 y la clínica San Rafael en 1954.

Con el espíritu generoso, y la caridad cristiana que siempre ha caracterizado a la obra juandediana, los hermanos juaninos, como se les llama en México, se incorporan ahora de lleno al enfoque moderno de la psiquiatría, con su proyección a las clases más necesitadas, dando su apoyo franco y decidido a un programa piloto de salud mental comunitaria que esperamos que en tiempo breve dé sus frutos y sirva de modelo para nuevas organizaciones semejantes que podrán establecerse en cualquier parte del mundo en donde exista un promotor e instituciones con un alto sentido humanístico de servicio social como las que los hermanos hospitalarios tienen en nuestro país.

CONSIDERACIONES GENERALES

Si consideramos que la salud mental es un estado de bienestar emocional, producto de la relación armónica y equilibrada entre la realidad interna y externa de un individuo, tenemos que llegar a la conclusión de que

cualquier persona, por ser integrante de una unidad bio-psico-social, no podrá funcionar debidamente ni como individuo, ni como miembro de una comunidad, si carece de ella.

El profundo cambio que en los últimos años ha sufrido la sociedad en que vivimos, resultado del progreso, y del crecimiento acelerado y desorganizado de la misma, ha originado una serie de problemas psiquiátricos en gran parte responsables de los graves conflictos sociales que como el alcoholismo, la farmacodependencia, la delincuencia y en general la violencia en todas sus formas de expresión, se han incrementado en todos los países del mundo.

Si tomamos en cuenta, por otra parte, que de acuerdo con los postulados de la medicina moderna, resulta mucho más adecuado prevenir que remediar, es imperativo dar, sobre todo, especial atención a un programa de salud mental comunitaria, poniendo en marcha un centro piloto en donde se puedan establecer objetivos, fijar metas, determinar políticas y desarrollar programas que, mediante evaluaciones periódicas, permitan establecer los principios y modalidades que deban tener estas unidades de salud mental de acuerdo con nuestras características económicas, antropológicas, políticas y sociales.

Si concebimos a la salud mental comunitaria como la utilización de todos los recursos de una comunidad para tratar de lograr la salud mental de todos sus miembros, tenemos que llegar a la conclusión de que sobre todo en países con recursos limitados, es absolutamente necesario tratar de lograr una perfecta coordinación entre las instituciones oficiales y la iniciativa privada, con el fin de evitar duplicación de actividades y estimular por otra parte, mediante una promoción adecuada, la participación activa en el programa de todos los miembros de una comunidad determinada.

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

Para lograr este objetivo se seleccionó la delegación de Tlalpan, que, no obstante formar parte del Distrito

Federal, por estar situado en sus límites con los estados circunvecinos, cuenta con un 70 % de población urbana y un 30 % de rural, lo que permitirá realizar interesantes estudios de investigación de tipo antropológico-social en relación con diversos problemas de salud mental.

Con una extensión territorial de 309.720 km², su población calculada para 1973 fue de 166.250 habitantes de los cuales, 78.750 correspondieron al sexo masculino y 87.500 al femenino, lo que la coloca en condiciones similares a un pequeño estado del interior de la república mexicana.

Entre las 10 primeras causas de muerte ocupa la cirrosis hepática el cuarto lugar, dato que nos parece de extraordinaria importancia para la realización de un estudio de investigación sobre alcoholismo y desnutrición.

En el área educativa cuenta con 14 escuelas de educación preescolar, 39 escuelas primarias, 7 escuelas secundarias, una escuela oficial técnica, otra de trabajo social y 10 conventos y centros de enseñanza religiosa.

En relación con su área rural, señalaremos como ejemplo las características del pueblo de San Miguel Ajusco, uno de los once que se encuentran dentro de su área geográfica.

Situado al suroeste del Distrito Federal, en sus límites con los Estados de Morelos y de México, tiene 2.062 habitantes y una superficie aproximada de 12.000 hectáreas.

Los servicios públicos con que cuenta son: agua potable, luz eléctrica, lavaderos, baños públicos, escuelas, jardines de niños, un centro de salud y una línea de camiones que ya resulta insuficiente. Carece de drenaje, banquetas y guarniciones, servicio de teléfonos, telégrafos, correo, campos deportivos y mercados.

En relación con sus condiciones económicas, en una encuesta que se realizó con los alumnos de las escuelas del lugar y datos tomados de un estudio que efectuó el Departamento Agrario en 1968; el 60 % de la población económicamente activa se dedica a la agricultura y a la ganadería en pequeño, el 28 % trabaja en el Departamento del Distrito Federal, en fábricas o como obreros de la construcción; el 10 % se dedica al pequeño comercio dentro y fuera del poblado y únicamente el 2 % son profesionales.

Los ingresos que obtienen en general son bajos. Como ayuda tienen un contrato con las fábricas de papel Loreto y Peña Pobre, para la explotación y aprovechamiento de los bosques comunales del poblado, dejando una paga de derecho de monte que se deposita en el banco de Promoción Ejidal.

Por lo general moran en casas construídas de adobe y piedra, con techos de lámina de cartón y la mayoría carecen de pisos de cemento, constan de dos piezas y tienen muy mala ventilación, de las 780 casas que hay, únicamente tienen toma domiciliaria de agua 157, aunque existen ya algunas casas de construcción moderna con todos los servicios.

El pulque¹ tiene gran demanda entre la mayoría de la población sobre todo adulta, dándose el caso de que a algunos niños, sus padres se lo den a beber, según ellos, por tener grandes propiedades alimenticias.

EL PROGRAMA

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el progreso notable de la psiquiatría, determinado por una parte por el advenimiento de nuevos psicofármacos que con un elevado poder terapéutico han transformado totalmente el manejo de los pacientes psiquiátricos, abreviando la evolución de sus padecimientos y evitando en un gran número de casos la necesidad de su internamiento, y por otra, el mejor conocimiento de ciertos cuadros que, como la depresión y la angustia, se presentan actualmente con gran frecuencia en la población general, han determinado la urgente necesidad de la integración de esta especialidad a la medicina general y la adopción de programas preventivos que desplacen al equipo psiquiátrico fuera de los hospitales y lo proyecten al seno mismo de la Sociedad.

A esta nueva modalidad en el campo de la salud mental se le ha llamado psiquiatría comunitaria.

En todos los países del mundo se han puesto en marcha programas preventivos con estas características, en algunos con la utilización de elevadísimos presupuestos y en otros con el aprovechamiento de un gran número de elementos técnicos con que cuenta el sector gubernamental.

En países con grandes limitaciones en ambos sentidos, es preciso encontrar un mecanismo por el cual, mediante una coordinación adecuada entre la iniciativa privada y el sector oficial se logre aprovechar al máximo todos sus recursos en beneficio de la salud mental de la comunidad.

Con tal finalidad se ha escogido la delegación de Tlalpan en el sur del Distrito Federal para realizar un programa piloto, que partiendo intencionalmente de la base de no solicitar un presupuesto específico para su sostenimiento, logre establecer las normas y políticas necesarias para la coordinación de todos los sectores de una comunidad determinada para desarrollar actividades de alta calidad técnica, señalando las bases al mismo tiempo, que puedan permitir el establecimiento de un programa semejante en cualquier estado o país con recursos económicos limitados.

La iniciativa privada, a través de la clínica san Rafael, ubicada dentro del perímetro de esta delegación, ha ofrecido un local que servirá para establecer las oficinas y consultorios del centro.

¹ Bebida fermentada obtenida de un ágave, el maguey, desde la época prehispánica.

La Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad, ofrecerá asesoría, personal en número limitado, 4 ó 5 personas, un vehículo para el desplazamiento del equipo técnico a la comunidad y material audiovisual.

Se establecerá una estrecha coordinación con el centro de Salud Pública de la delegación, con todos los hospitales que se encuentren ubicados en la misma con fines de docencia y de investigación, con instituciones educativas a las que se ofrecerá un programa de entrenamiento y supervisión de alto nivel académico y con todos los elementos de la iniciativa privada o del sector gubernamental que puedan aportar su colaboración en una obra con sólida base científica y un alto sentido humano en favor de la salud mental del pueblo de México.

Objetivos inmediatos: Fomentar la coordinación de instituciones de Salud de Tlalpan. Docencia de postgrado en salud mental comunitaria. Investigación en psiquiatría y psicología (social, antropológica, etc.). Actividades de psiquiatría y psicología proyectadas a la comunidad.

Objetivos mediatos: Establecer coordinación permanente entre las instituciones oficiales y de la iniciativa privada en Tlalpan. Mejorar la preparación médica, psiquiátrica, psicológica, de trabajo social y enfermería en médicos y estudiantes en esta delegación. Tratar de disminuir los índices de morbilidad psiquiátrica de los habitantes de la delegación.

Límites geográficos: Área de Gobierno de la Delegación Política de Tlalpan.

Límites cronológicos: Del 2 de enero al 31 de diciembre de 1974 en su primera etapa. Posteriormente se revisarán los objetivos y señalarán nuevos límites en tiempo.

Universo de trabajo: Población de Tlalpan en sólo un 10 % en esta primera etapa.

Instituciones que participarán directamente o asesorando el programa y actividades: Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Salud Mental. Sección de psiquiatría comunitaria. Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Hospital psiquiátrico infantil Doctor Juan N. Navarro. Instituto Nacional de Neurología.

Dirección general de Salubridad en el Distrito Federal: Centro de Salud en Tlalpan (Servicio de Salud Mental). Secretaría de Educación Pública. Servicios escolares en Tlalpan. Secretaría de Gobernación. Escuela de orientación varones. Escuela hogar mujeres. Departamento del Distrito Federal. Delegación de Gobierno de Tlalpan. Servicios Médicos del D. D. F. Instituciones de Salud en Tlalpan (incluyendo guarderías). Universidad Nacional Autónoma de México. Alumnos del curso de psiquiatría. Alumnas de la escuela de enfermería (post-grad). Escuelas de enfermería incorporadas.

Universidad Iberoamericana. Escuela de Psicología. Escuela de Trabajo Social del nacional monte de piedad. Institución mexicana de asistencia a la niñez. Departamento de salud mental del hospital. Instituto Nacional de Protección a la Infancia. Centro de Orientación Nutricional en Tlalpan. Asociación de servicio social voluntario san Rafael. Clínica San Rafael. Local independiente para un centro de salud mental comunitaria que contará con: Dirección, sala de juntas, 8 consultorios, hospital de día, 2 salas de espera, archivo, cuarto de tratamientos, 2 aulas y servicios sanitarios.

POLÍTICAS

- Toda persona que acuda al centro comunitario de salud mental san Rafael, será atendida con un servicio médico y paramédico de alta calidad, sin considerar su condición social, económica, raza, religión o credo político, sin más taxativas que las establecidas en las normas para la atención, tales como la disponibilidad, el local y el tiempo. La localización de su domicilio deberá quedar dentro del perímetro de la delegación de Tlalpan, por tratarse de un programa piloto para una área determinada.

- El trato del personal para el público deberá ser siempre atento y cortés, sin considerar en ningún momento que se trata de un servicio de beneficencia.

- Todo problema de relación público-personal, no se tratará de resolver directamente por el afectado, sino deberá ser reportado a la dirección del centro.

- La proyección de las actividades del centro a la comunidad, será de mayor amplitud, por medio de un equipo multidisciplinario integrado por médicos, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, así como por los miembros de la asociación de voluntarios que colaboren con el personal técnico.

- Se buscará la coordinación con todas las instituciones oficiales, semioficiales o de la iniciativa privada que realicen actividades dentro de la delegación, ya que del problema de salud mental se derivan muchos otros como la desnutrición, la miseria, la criminalidad, la violencia, la contaminación ambiental, etc.

- Todo caso que no pueda ser atendido en el centro será canalizado a las instituciones de la Dirección General de Salud Mental, por los conductos regulares.

- Se buscará la colaboración de organismos internacionales como la OMS, la FAO, la UNESCO, etc.

- En todo momento la única meta que buscará el personal será la propia satisfacción de haber participado en un programa de alta calidad técnica y con un profundo sentido humanístico de servicio social.

LA PASTORAL EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

Por JUAN GARCÍA INZA
Capellán de la Clínica Universitaria de Navarra

He dudado a la hora de titular este trabajo. Le podía haber llamado Pastoral sanitaria, pero la expresión no es muy feliz, ya que la palabra sanitaria es confusa por no limitarse estrictamente al mundo de la medicina. Podía haber encabezado el artículo simplemente con la frase Pastoral de enfermos, pero esa Pastoral ¿quién la ejercería? ¿Los enfermos entre sí? ¿Sólo para ellos? ¿Dónde quedaría entonces todo el mundo que de una forma u otra rodea al enfermo? Otros títulos que podrían inventarse me daban la impresión de no ser lo suficientemente amplios como para abarcar todo un sector de la vida ordinaria, con todas sus consecuencias de tipo práctico.

Me decidí por llamar a este apostolado especializado que intento comentar, Pastoral en el mundo de los enfermos. Porque el mundo de los enfermos es muy complejo. Y en él van de la mano —deben ir—, formando una infinidad de círculos concéntricos, desde los investigadores, que se pasan la vida encerrados en su laboratorio experimental o en la biblioteca, hasta la auxiliar de enfermera que comienza a dar sus primeros pasos en este fascinante escenario, tantas veces dramático, que es el mundo de la medicina. En el centro, la razón de ser de todo el montaje: el enfermo.

El mundo de la medicina lo veo muchas veces como un gran ejército en continuo pie de guerra. Un enemigo común: la enfermedad. Una misma meta: conquistar la salud. Una idéntica ilusión: devolver la felicidad al enfermo que sufre.

De aquí se derivan exigencias de todo tipo: humanas y espirituales. De los principios éticos y religiosos que llenen el alma de cada uno de los componentes de esta gran empresa, depende el éxito o el fracaso. El enfermo sigue estando en el centro. Con un total abandono en manos de quienes pueden hacer mucho por él. Con una envidiable confianza en la medicina, que le puede alargar la vida. Con una predisposición humana y espiritual a dejarse guiar dócilmente, casi como un niño.

En todo este mundo complejo, muy complejo, surge la necesidad de una atención espiritual peculiar. Un apostolado valiente, audaz, que abarque desde el director de un centro médico hasta el pequeñín que acaba de ingresar acompañado de su madre. A esta atención responde lo que he llamado Pastoral en el mundo de los enfermos. Difícil, urgente, imprescindible, muy rentable, poco elaborada, muy agradecida. De esta Pastoral concreta queremos tratar en el presente trabajo, con la brevedad que imponen los límites de este espacio, y con la sencillez que exigen las cosas de Dios.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR PASTORAL?

Es importante que nos pongamos de acuerdo en el significado que damos al término *pastoral*, antes de seguir adelante. Creo que los sacerdotes corremos el grave peligro de complicar las cosas, con el sano deseo de

PALABRA, revista sacerdotal, que se publica en Madrid-1, Hermosilla, 22, ha dedicado el número 98, al tema de Pastoral. Por el interés que tiene para los lectores de Labor Hospitalaria, reproducimos el interesante trabajo. La Pastoral en el mundo de los enfermos y Principios éticos y religiosos en el mundo de la Medicina, cuyo autor, Juan García, está muy vinculado a los hermanos de san Juan de Dios.

Agradecemos a la dirección de PALABRA, las facilidades que nos ha dado para llevar a cabo nuestro intento.

darle un carácter científico a la programación de nuestro quehacer ministerial.

He aprendido mucho de los laicos, sobre todo de los que se dedican a estas ciencias que tienen más de experimental que de teórico, a procurar *tomar tierra* a la hora de ejercer mi sacerdocio. Padecemos hoy en la Iglesia una inflación de carácter programático, que nos lleva más a teorizar, a derrochar generosamente palabras, que a *mojarnos* en una acción concreta, seria y comprometida.

La *pastoral*, aunque estrictamente se refiere al Pastor, al Obispo, e implica una misión de gobierno, en su sentido más profundo significa trato directo y personalizado con las almas. Para el pastor, para el buen pastor, ninguna oveja es anónima. Las sigue a todas muy

de cerca, para darle a cada una lo que le conviene. Y debe cuidar de un modo especial de las enfermas para no escuchar el reproche del Señor: «No habéis fortalecido las ovejas débiles, no habéis cuidado a la enferma ni curado a la que está herida. No habéis tornado a la descarriada ni buscado a la perdida. Sino que las habéis dominado con violencia y dureza» (Ez 13, 4).

El pastor trata las reses enfermas o heridas, las hembras que paren o en período de amamantamiento, cuida de los corderos recién nacidos. En una palabra, él debe velar para que ningún miembro del rebaño se pierda. En este sentido, es también el que hace entrar y salir al rebaño del aprisco y lo cuenta cada tarde. Algunas veces, *atribuye a cada oveja su nombre*, por el cual la llama, y que corresponde a su aspecto general o a determinadas características físicas. El *reúne* su rebaño; esta preocupación por la unidad juntamente con la de guía, caracteriza su función» (José A. Marqués, *El concepto de Pastor y función pastoral en el Vaticano II*, en «Ius Canonicum» XIII (1973), p. 22).

Pastoral es, por tanto, el modo de tratar a las almas, a cada alma, porque cada alma es única e irrepetible. La *pastoral* no precisa de grandes montajes teóricos. La *pastoral* lo que exige es una entrada fiel, sincera, constante, desinteresada, alegre. En medicina no se puede pretender curar con recetas generales. Cada enfermo es un caso. Y cada caso necesita su atención y su estudio. En la vida del espíritu cada alma está esperando su oportunidad. Y la oportunidad le llega cuando alguien se acerca cariñosamente dispuesto a hablarle de Dios. La enfermedad suele ser un buen momento para ello.

Aunque no en sentido jurídico, pero sí en el ámbito de lo espiritual, todos los llamados a ser apóstoles somos de algún modo pastores. De una manera especial los sacerdotes. Toda labor pastoral, y por lo tanto la que se ejerce en el mundo de los enfermos, es el resultado de una conjunción de esfuerzos e ilusiones comunes. Pastores y fieles, sacerdotes y laicos, estrechamente unidos, han de abrir brecha en cada uno de los ambientes en donde se encuentra un *rebaño de ovejas*, un grupo de almas, necesitadas de aliento espiritual. «Los Pastores de la Iglesia, siguiendo el ejemplo del Señor, pónganse al servicio los unos de los otros y al de los restantes fieles; éstos, a su vez, asocien gozosamente su trabajo al de los Pastores y doctores. De esta manera, todos rendirán un múltiple testimonio de admirable unidad en el Cuerpo de Cristo. Pues la misma diversidad de gracias, servicios y funciones congrega en la unidad a los hijos de Dios, porque *todas... estas cosas son obra del único e idéntico Espíritu* (I Cor. 12, 11)» (L. G., 32).

EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

De lo dicho anteriormente se deduce que la labor pastoral en el ambiente de los enfermos, como en cualquier otro, no puede ser obra exclusiva del sacerdote.

El sacerdote será, en todo caso, el motor de arrastre que anime con verdadero entusiasmo y entrega a todos los demás (médicos, enfermeras, camilleros, telefonistas...), que también están llamados, por su condición de cristianos, a dar a su trabajo un tinte marcadamente apostólico, haciendo las cosas con competencia profesional.

Sería un tanto ilusorio pensar en una actividad pastoral seria del capellán de un centro médico, por ejemplo, si en ese mismo centro se respira un ambiente materialista, falta de honradez profesional, desorganizado, despersonalizado, egoísta. Allí donde el enfermo se siente más objeto que paciente; más número que persona; despojado brutalmente del cariño familiar que le arropaba; un ser anónimo que se queja en la indiferencia; una mercancía más para negociar; acomplejado por ese aparato monstruoso, deshumanizado, con que a veces se presenta la medicina. En un ambiente tal, difícil es que el sacerdote sólo ante tan complejo campo, puede abrir brecha. Para algunas almas sí que será un descanso su presencia. Para otras será una pieza más del engranaje, que mirará con indiferencia. En tales circunstancias el sacerdote tiene que restringir más de una vez su labor a una oportuna administración de Sacramentos en los momentos más extremos.

¿Por dónde hay que empezar entonces? Por el mismo personal clínico. Desde el Director o Jefe de Departamento hasta el bedel, deben sentirse urgidos por el sacerdote a vivir su vocación cristiana con una proyección apostólica en su propio trabajo. ¡Eso es muy difícil!, me diréis muchos. Sí, ¡muy difícil!, pero no imposible. Ellos son hombres como los demás, con su corazón y sus sentimientos, y con un concepto de la responsabilidad que, al menos en teoría, lo deben tener bien aprendido. Ellos también están llamados a cargar con el peso de sus obligaciones y ser constantes en la entrega.

El médico, y todo el personal dedicado al servicio de los enfermos, deben ver en ellos personas. Me decía una vez un célebre doctor: —«Si yo me dedicase exclusivamente a curar los cuerpos no pasaría de ser un simple veterinario. Pero lo que yo tengo delante no son animales sino personas con alma y sentimiento. No puedo prescindir de esto para quedarme exclusivamente en lo material».

Lo que debe evitar un capellán de un centro hospitalario es el acomplejamiento ante un mundo que parece desbordarle. El sacerdote allí es tan responsable o más como el primero. Y si el Director se ocupa y tiene pleno dominio en la parte técnica, el capellán tiene pleno dominio en la parte espiritual. Y debe exigir sus derechos, que son los del enfermo, a poder ejercer su ministerio sin trabas de ningún tipo. Y él debe ser el que, en continuo contacto con el Director y los demás responsables del centro, vaya clarificando el ambiente de todo aquello que sea impropio de las personas como tal y de la finalidad de aquella institución. Es él quien debe exigir de un modo excepcional, el cumplimiento de todas

las normas éticas y religiosas propias del campo de la medicina ejercida, generalmente, por profesionales cristianos.

La labor pastoral en el mundo de los enfermos, es un trabajo que ha de realizarse en equipo, con mentalidad profesional, con la seriedad que la índole del mismo exige, y mediante el desempeño honrado del quehacer que a cada uno compete, ejercido con un elevado espíritu de servicio. Ejercido con corazón.

Cuando cada uno cumpla con su deber con una gran carga de humanidad y delicadeza y por amor a Dios y al prójimo, se ha comenzado a poner los cimientos de lo que vengo llamando *pastoral en el mundo de los enfermos*. El sacerdote entonces se encuentra con un terreno abonado para sembrar a manos llenas el mensaje evangélico.

¡Difícil labor!, sí, pero importantísima, fundamental. Detrás de cada médico, de cada enfermera, hay muchos enfermos con su confianza depositada en una tarea que puede ser vehículo para alcanzar muchas metas. ¿No vale la pena intentar que esa meta sea Dios?

SUGERENCIAS PRÁCTICAS

Dijimos que la pastoral no consiste en hablar, en teorizar. Sobran palabras, reuniones, concentraciones, asambleas, publicaciones. Lo que faltan son apóstoles con ganas de trabajar, con una vida interior potable, y con un poco de imaginación. «Pastor es el que pastorea: «los pastores, ¿no son para apacentar el rebaño?» (Ez 34, 2). El pastor que sólo ofrece palabras (¡palabras, palabras!), como los fariseos, que *dicen* y *no hacen* (Mt 23, 3), está cometiendo un fraude que el propio Dios denuncia: «Desde el profeta al sacerdote, todos cometen fraude. Pretenden curar las desgracias de mi pueblo, como cosa leve, diciendo ¡paz, paz!, cuando no hay paz» (Jer 6, 13-14.) Flaca pastoral sería la que se conformase con buenas palabras, o con enmascarar la gravedad de determinadas situaciones: indicaría que no existe deseo de remediarlas» (Perosanz, J. M., *Una palabra: Pastoral*, en «Palabra», núm. 94, Madrid 1973, p. 12).

Conformes con estos criterios apuntamos ahora una serie de sugerencias prácticas, fruto de la experiencia personal, para poner en marcha un plan pastoral en el mundo de los enfermos. Hay que distinguir el mundo del enfermo que reside en su propia casa dentro del ámbito parroquial, y el mundo del enfermo que se encuentra hospitalizado en un centro médico.

SUGERENCIAS VÁLIDAS PARA TODO TIPO DE ENFERMOS

● Para cualquier enfermo —tenga lo que tenga y esté en donde esté— lo fundamental es el trato personal y

cariñoso, y la frecuencia de sacramentos. No hace falta demostrar que el enfermo, por lo general, agradece vivamente la presencia junto a su cama del sacerdote que le visita. En él encuentra un consuelo y una esperanza. El consuelo que le produce la Palabra de Dios cálida, dicha al oído en esta auténtica *homilia* pronunciada en la intimidad. La esperanza de una oración, de una intercesión ante Dios, al cual representa. Es esta una oportunidad de que el enfermo se ponga más en contacto con el Señor. Y si el sacerdote le administra con frecuencia los sacramentos de la Penitencia y de la Eucaristía, el enfermo encuentra la solución al interrogante de su dolor.

● Visita frecuente. Se borra así la tradicional mentalidad de que el sacerdote llega a casa del enfermo cuando éste ya no tiene remedio, y se teme su presencia. El sacerdote ha de ganarse la confianza de todos y en especial la del enfermo. De este modo serán los mismos familiares, incluso el enfermo, quienes reclamen su presencia desde el primer momento. Cuando el sacerdote no puede ir algún día a visitar a los pacientes, es muy conveniente que se interese por su estado a través del teléfono o de cualquier otra persona. Estos detalles se suelen agradecer muchísimo.

● Es importante estar en contacto con el médico para conocer la evolución de la enfermedad de cada paciente. Sobre todo de los más graves.

● Hay enfermos que su estado les permite leer. Es una oportunidad para facilitarles libros y publicaciones que, al mismo tiempo que les distraen, les forma y les anima espiritualmente.

● El sacerdote no debe olvidar que en los enfermos cuenta con una fuerza espiritual extraordinaria en la Parroquia. A ellos debe encomendar todas las labores apostólicas. Ellos se sentirán responsables y encontrarán una razón de ser a su enfermedad.

● Se les puede indicar que sigan la Santa Misa o la predicación de la Palabra de Dios a través de la Televisión o la Radio. Les puede servir de mucho las Emisiones que se realizan pensando concretamente en ellos. En Cuaresma es importante ponerse en contacto con algunas Emisoras de Radio para la organización o difusión de charlas o *Retiros Espirituales* para los que no pueden salir de casa. Mi experiencia personal me ha demostrado el bien que se puede hacer de este modo.

● Tal vez sería conveniente en las parroquias grandes, o a nivel interparroquial, organizar una vez al año el *día* o *jornada del enfermo*. Se puede hacer coincidir en mayo con alguna Romería a la Virgen, o en cualquier otro tiempo apropiado. Será un día en que toda la Parroquia tratará de volverse en favor de los enfermos para que éstos pasen unas horas de felicidad. Dentro de esta *jornada* cabe programar todo tipo de actividades.

- En la Parroquia se ha de suscitar el cariño por los enfermos. Deben ser los feligreses más queridos. La visita a los mismos se ha de tener como cosa normal. Y esto beneficia a todos.

- A través del enfermo se trata a familiares y amigos, vecinos y compañeros. No olvidemos que la mejor labor apostólica es la que se realiza con los enfermos y los niños. Es lo que más se agradece y el camino más corto para ganarnos la confianza de todos.

- No hay que olvidarse de los enfermos que están internados en un centro hospitalario fuera de la Parroquia. Es aconsejable visitarle alguna vez, y estar en contacto con el capellán de aquel lugar para conocer la evolución del enfermo en todos los sentidos. Si se le conoce bien, se agradece mucho por parte del sacerdote que lo atiende el recibir alguna información sobre las características de aquella persona, con el fin de poder tratarlo del modo adecuado.

Todo ello hay que hacerlo con una sinceridad tremenda. Nunca se ha de obrar por táctica, sino por amor. A los enfermos hay que quererlos con todo el corazón, y el mismo amor sugerirá lo que con ellos debemos hacer.

SUGERENCIAS PARA ENFERMOS HOSPITALIZADOS

El centro hospitalario, cuando marcha como es debido, puede ser el lugar más idóneo para tratar pastoralmente al enfermo. Está en un ambiente apropiado y rodeado de muchos médicos humanos y espirituales.

- La labor pastoral en estos centros, como dijimos, ha de empezar por el personal médico y subalterno que rodea al enfermo. De ellos depende en mucho el bien que se pueda hacer con los pacientes. Para ellos se pueden organizar medios de formación si lo permite el horario y la organización del centro (retiros espirituales, charlas, clases...). Sobre todo, trato personal. Que aprendan a dedicar tiempo a estas actividades como lo hacen con otras. El capellán ha de luchar tenazmente en este sentido.

- Con los enfermos la nota fuerte sigue siendo la visita asidua. El diálogo tranquilo. El consejo apropiado. El favor realizado. El sacerdote es entonces en el centro, el buen pastor que cuida una por una de sus ovejas. Y si es amable, alegre y atento, su visita es esperada con cierta impaciencia.

- En un centro médico es facilísimo la administración de sacramentos. Hay que procurar que los enfermos confiesen y comulguen sin necesidad de forzarlos. Nunca se ha de recibir un Sacramento por compromiso. En las habitaciones donde hay varios, las confesiones se han de hacer con toda discreción si es que el enfermo no

puede levantarse de la cama para ir a un sitio más apropiado. Es un inconveniente grande las habitaciones compartidas porque quitan intimidad, pero se puede aprovechar para impartir unos criterios que a todos venga bien. La Comunión se ha de administrar diariamente al que lo solicite, y si puede ser en público. Para ello hay que exigir un máximo de respeto y orden en torno al Santísimo. Es importante comunicar con suficiente antelación a las enfermeras los que han de comulgar, para que preparen al enfermo y la habitación del modo más adecuado. Antes y después de la Comunión ha de evitarse molestar al paciente para que pueda prepararse y dar gracias con tranquilidad.

Al llegar el Santísimo a las plantas, se ha de respirar un ambiente especial de respeto.

- Los enfermos de nuevo ingreso se deben visitar el primer día. Es un primer encuentro que facilita el resto de la labor al ganarse la confianza del mismo. No es una visita protocolaria, sino de un amigo que se interesa por él.

- Los enfermos graves deben seguirse muy de cerca. No hay que esperar al último momento para administrar los Sacramentos. Tanto al enfermo como a los familiares se les ha de explicar el sentido de la Santa Unción. Es frecuente que pongan obstáculos para evitar el pánico en el enfermo. Pero pensando en cristiano esto es un absurdo. El capellán no debe amedrentarse ante una negativa de la familia. Es el enfermo el que cuenta. Es él quien está en peligro de muerte, y es por tanto su alma la que está necesitada de los auxilios divinos. Nadie puede prohibir al sacerdote que entre en la habitación del enfermo, hablar con él mismo y administrarle los Sacramentos, a no ser el mismo interesado quien lo rechace después de una reiterada charla con él.

- Los médicos y enfermeras deben notificar al capellán el estado de gravedad de los internados. También se les debe comunicar inmediatamente el fallecimiento de los mismos para hacer acto de presencia y rezarles el primer responso. Cuando se llevan el cadáver del centro allí debe estar de nuevo el sacerdote para rezarle de nuevo y despedir a la familia.

Cuando mueren sin sacramentos inesperadamente, se han de observar las normas pastorales que hay al respecto (administración *sub condicione*, etc.).

- Se debe facilitar a todos los enfermos los horarios de culto y el lugar donde se encuentra emplazada la capilla. También deben saber que siempre que lo precisen cuentan con la asistencia del capellán.

- Durante Adviento y Cuaresma, y también en el mes de mayo, se pueden organizar algunos actos litúrgicos. Si se cuenta con instalación de sistema megafónico apropiado en habitaciones o salas en conexión con la capilla, podrá seguirlos con facilidad el que lo desee.

En caso contrario se puede invitar a los que gocen de más movilidad y a los familiares. Suele ser bien acogido el aplicar las intenciones generales de las Misas de cada semana por los enfermos de las plantas que correspondan según una distribución adecuada. Los enfermos, familiares y personal de enfermería pueden colaborar en ofrendas de flores, etc. Todo ello es bueno que se comunique detalladamente mediante algún impreso.

- En Navidad se ha de prestar una atención especial a los enfermos ingresados, sobre todo en la Nochebuena. Las razones son obvias. Los enfermos echan de menos en esos días de un modo acentuado la ausencia de la familia y la lejanía del hogar. Si es posible la capellanía debe facilitar las fiestas a todo el personal de la clínica o centro hospitalario. A los médicos y enfermeras se les invita a la Misa de Gallo.

- Lo que dijimos de los libros, de la radio y de la prensa con respecto a los enfermos que residen en sus casas, vale igualmente para los que se encuentran hospitalizados. Es muy conveniente que la capellanía cuente con una biblioteca bien surtida de libros de tema espiritual.

- Es fundamental que a cada enfermo se le trate como si fuera el único. Se le debe llamar por su nombre. Decía una vez una madre que tenía enfermo a su hijo pequeño: —«Me siento muy satisfecha porque a mi hijo todos le llaman por su nombre». El enfermo nunca es un número. Todo esto exige una información puntual al capellán por parte del Departamento de admisión, de los ingresos que se vayan produciendo con los datos personales de cada uno.

- Hay una serie de datos de los que se debe informar a la parroquia correspondiente. Algún problema o circunstancias del enfermo o familia que conviene que sepa el párroco. Invitarle a que visite a sus enfermos, sobre todo en los casos que más lo aconsejen. Con impresos adecuados se ha de informar, igualmente, de la administración de los Sacramentos sometidos al poder de jurisdicción (Bautismo, Confirmación, Matrimonio). Estos Sacramentos sólo se pueden administrar en caso de urgencia. También deben constar estos datos en el archivo particular de la capellanía del centro.

- Hay quien es partidario de comunicar a las parroquias absolutamente todos los ingresos que se produzcan de aquellas feligresías para tener informado al párroco. Yo considero excesiva esta práctica si se trata de grandes hospitales o clínicas, pues llevaría mucho tiempo de despacho al capellán. Pienso que es más conveniente informar en los casos más extremos o a aquellos párrocos que de un modo especial lo soliciten.

Otras muchas sugerencias de tipo práctico podrían hacerse, pero el espacio no lo permite. Como decíamos, con un poco de interés e imaginación surgirán mil modos de atender al enfermo como éste se merece.

COORDINACIÓN DE LA PASTORAL EN EL MUNDO DE LOS ENFERMOS

Entre los capellanes de centros hospitalarios debe existir un estrecho compañerismo. Es bueno celebrar reuniones periódicas para intercambiar experiencias, dialogar, descansar, etc. Este tipo de reuniones pueden hacerse con carácter privado o bajo la dirección del representante del Obispo para este sector de la Pastoral. Pero todo ha de estar bien organizado para que no sea una pérdida de tiempo.

Hay que estar en contacto con el Secretariado Nacional de Pastoral en el mundo de los enfermos, para recibir orientaciones precisas, facilitar experiencias, organizar actividades, etc. El Secretariado debe ser el punto de unión de todos los que trabajamos en este sector especializado. Tal vez sería práctica la edición de un boletín que se convirtiese en órgano de expresión de todos los capellanes.

EL ENFERMO, PROTAGONISTA

No lo olvidemos nunca. El enfermo es el personaje central. Que las estructuras no pongan puertas al campo. Toda organización tiene valor de instrumento para un fin. Y el fin de un centro médico es desvivirse por el que sufre para llevarle un poco de paz a su alma y la salud a su cuerpo.

A nosotros los sacerdotes, y a todos los que dedican su vida al servicio de los enfermos, Dios nos espera en el enfermo. Es Cristo cargado con la cruz del dolor. «Niño. Enfermo. Al escribir estas palabras, ¿no sentís la tentación de ponerlas con mayúscula?

Es que, para un alma enamorada, los niños y los enfermos son *Él*» (J. Escrivá de Balaguer. *Camino*, número 419).

EL DOLOR, FUENTE DE SANTIDAD

Al tropezarnos con el enfermo, nos tropezamos con el dolor. Un dolor que humanamente y filosóficamente no es fácilmente comprensible. El dolor abre siempre un interrogante en el que sufre. ¿Por qué sufro yo? ¿Por qué sufren los niños? ¿Por qué sufre mi hijo, mi madre, mi padre...? Muchas veces me han planteado esta pregunta. Mi única respuesta la he encontrado siempre en la Cruz. ¿Por qué sufre Jesucristo? Cuando un enfermo se retuerce en su incomprensión, le digo: ¡mira la cruz! (que debe estar bien visible para el enfermo) ¿Por qué murió *Él*? ¿Por quién puedes sufrir tú? ¡Cuántos motivos espirituales y apostólicos podemos asociar al dolor! Sobre todo hay que pensar una cosa: somos cuerpo y alma. No todo lo que al alma viene bien, agrada al cuerpo. No todo lo que el cuerpo apetece es bueno para el alma. Aquí puede estar también la clave a muchos planteamientos que el hombre de hoy se hace.

Siempre la respuesta es Cristo que dijo: «Si alguno quiere venir en pos de mí, niéguese a sí mismo, tome cada día su cruz y sígame. Porque quien quisiera salvar su vida, la perderá; pero quien perdiere su vida por amor de mí, la salvará» (Lc 9, 23-24). Jesús sufre porque quiere cumplir la Voluntad del Padre. Nosotros sufrimos porque queremos que Dios lleve adelante su plan en nosotros. Él sabrá el bien que quiere sacar de este mal. «Jesús sufre por cumplir la Voluntad del Padre... Y tú, que quieres también cumplir la Santísima Voluntad de Dios, siguiendo los pasos del Maestro, ¿podrás quejarte si encuentras por compañero de camino al sufrimiento?» (Camino, 213). Hay que acompañar al enfermo en su dolor para ir al encuentro del Señor.

Entrevistas

MARÍA EUGENIA IRIGOYEN

Telefonista de Clínica

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Bueno: ¿piensa usted que, por ser telefonista, por el hilo va a sacar el ovillo? Pues bien, en efecto, el saberme rodeada de enfermos me lleva a querer comunicarles rápidamente lo que sospecho que son alegrías y a ser prudente en aquello que pienso les va a suponer penas.

Me doy cuenta que el teléfono de una Clínica es algo muy diferente de lo que puede ser una empresa comercial, por ejemplo, son muy distintos los destinatarios de una y otra parte, siempre el tema de las comunicaciones que —claro— gira alrededor de la salud.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—A mi modo de ver, exige en primer lugar vivir la profesión con caridad. Incluso inconscientemente, por la atención a la que el enfermo tiene derecho, se quieren vivir virtudes tales como la diligencia, la discreción, la prudencia, etc.

Y lo que siempre está prescrito y en primer plano, es el deseo de proporcionarles grandes alegrías, tanto a los enfermos como a los familiares.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—Repito que lo primero que me viene a la cabeza es el afán de verles, dentro de su enfermedad, alegres. Claro que para llegar a eso me parece necesario entregarles una amistad incondicional y sincera, y luego presentarles un panorama esperanzador. Me gustaría conseguir que cada uno de los enfermos estuviera seguro de

ser la *debilidad* de Dios. También quisiera que todos sacaran provecho de su enfermedad ofreciéndosela al Señor.

DR. ALFONSO SÁNCHEZ IBARROLA

Departamento de Hemodiálisis
Clínica Universitaria de Navarra

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Representa el mundo de mi trabajo profesional, un mundo en el que trabajar adquiere todas las facetas maravillosas que supone el trato con personas que sufren; un trato con distintas posibilidades, algunas en las que se puede llevar esperanza a donde no había, incluso, a veces la curación y otras en las que se acaban los medios humanos y es necesario luchar con alegría para hacer la vida lo más agradable posible.

En el mundo de los enfermos hay que saber olvidarse muchas veces de problemas personales para alegrarse o sufrir con el enfermo.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Pienso que toda profesión que se quiera orientar como un servicio a los demás, en este caso el enfermo, debe poseer las siguientes notas, que no deben faltar en un hombre que trabaja con un sentido cristiano en su vida:

a) Competencia profesional, ya que no podemos ofrecer algo a los demás que sea defectuoso en sí; esto supone esfuerzo personal para adquirir dicho nivel, en cuanto a estudio, entrenamiento, etc., y un estado de vigilancia para no quedar atrás. En el campo concreto de la Medicina el mejor servicio que el médico puede hacer al enfermo, sin despreciar los que después señalaré, es el de una asistencia profesionalmente correcta, en el nivel en que se encuentre.

b) Cariño humano, recio, sin zalamerías, valorando el hecho de trabajar con personas.

c) Generosidad que supone lo dicho anteriormente, de saber pensar en los otros cuando se tendrían motivos para pensar en uno mismo.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—El apostolado con enfermos es una labor muy valiosa por la gran obligación que existe de brindar ayuda a todo el que sufre, ayuda que no es cuantificable con los medios que hoy posee la Medicina.

En cuanto a los que nos movemos junto al enfermo, a la hora de enfocar el apostolado, como en otros campos, pienso es necesario cuidar mucho el ejemplo, en el contexto de las notas que antes apuntábamos, dando una visión de lo que puede ser una vida de trabajo, de un trabajo que intenta ayudar a los demás con mucho amor de Dios.

INÉS ELVIRA ESCALLÓN

Asistente Social en Clínica

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—En primer lugar, es el campo concreto de mi trabajo, como lo es el de cualquier profesional que trabaje en servicios médico-sanitarios.

Claro está teniendo en cuenta que no se trata de una *material más de trabajo* como podría serlo cualquier otro, sino que se trata de *personas* en unas circunstancias especiales, con unas necesidades concretas que tiene que solucionar. Esto exige una *dedicación especial*, quizá una entrega más personal, para poder satisfacer todas estas necesidades de una forma más completa.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Antes que orientar cristianamente la profesión, diría yo que es muy importante el que el propio profesional tenga un auténtico planteamiento y lleve una vida realmente cristiana, ya que como se dice sabiamente *nadie da lo que no tiene*.

Salvando esta primera etapa, creo que en nuestra profesión, por tener un contacto muy directo con los enfermos, teniendo que preocuparnos de su situación psicológica, laboral y socio-económica, podemos hacer una labor muy eficaz en el enfoque *cristiano* de toda esta problemática. Por un lado sirviéndole de auténtico apoyo, sabiéndole escuchar, comprender y orientar de acuerdo con su situación y sus necesidades. Ayudándoles a encontrar el sentido *positivo-cristiano* del dolor y del sufrimiento, sabiéndole dar y pedir según ese mismo espíritu.

Ante esos problemas de los que, por nuestra profesión, tenemos que ocuparnos, orientarles siempre de acuerdo con la moral y el espíritu cristiano, haciéndoles ver claramente la realidad de las cosas, teniendo en cuenta que muchos de estos problemas surgen por auténtica ignorancia.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—Me parece muy importante el tener en cuenta que estas personas tienen, si se puede hablar así, una necesidad especial de un trato con Dios. Y por esto creo que es una obligación grave el prestarle todos los medios para conseguirlo. Para esto me parece fundamental el facilitarles los Sacramentos y cualquier otro tipo de ayuda al respecto.

IGNACIO ORDOQUI

Administrativo de Clínica

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—No puedo decir que el mundo de los enfermos sea directamente el campo de mi profesión, pero sí tiene

alguna relación. Por mi profesión me veo metido en la problemática humana que plantean algunos casos y desde mi sitio procuro prestar la ayuda humana, moral y espiritual que está a mi alcance.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—En primer lugar habrá que plantearse con seriedad ser personalmente buen cristiano y buen profesional. En todo planteamiento cristiano la caridad ha de ser la virtud que más resalte, y fruto de vivirla surgirán la comprensión, cariño humano, saber escuchar y disculpar, que llevados al trabajo profesional harán de él un servicio.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—A mi juicio, dos cosas: la urgencia y la oportunidad. La urgencia porque hay que tener presente que para muchos enfermos el tiempo de su enfermedad será la última oportunidad de acercarse a Dios, lo cual supone una grave responsabilidad para las personas que viven a su alrededor —familiares y profesionales de la medicina— de facilitarle los medios necesarios: los Sacramentos. Oportunidad porque debido a las especiales circunstancias en que se encuentran están *mejor dispuestos* a cualquier sugerencia en relación con su vida espiritual. Consecuencia de ambas, la audacia capaz de vencer todo tipo de respetos humanos a la hora de sacar este tema.

ANA OSÉS

Supervisora de Planta
Clínica Universitaria de Navarra

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Es parte de mi vida, ya que mi profesión es la de enfermera, unas veces como Florencia Nithyngale y otras más técnica, según el tipo de trabajo que realice.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Pienso que toda enfermera debe tener varias cualidades, unas comunes, otras profesionales y otras propias. Una preparación adecuada en un buen centro hospitalario. Que su servicio al enfermo no sea una carga, no un horario que hay que cumplir, sino una total dedicación con alegría, como quisiéramos ser tratadas nosotras. Creo sinceramente que el placer de servir nos hace más felices. No un ganar dinero por lucro. Sí ganar lo suficiente para vivir, pero viendo al enfermo antes que al dinero.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—Bueno, creo que el personal de enfermería tendría que tener un contacto con la capellanía del centro don-

de trabajo para ampliar sus conocimientos en el trato con los enfermos, y no olvidarse que una vez graduada no han terminado sus estudios; entonces es cuando empieza una nueva ampliación de su formación en las distintas especialidades. Así podrá colaborar en el *apostolado* entre sus pacientes.

FRANCISCA URMENETA

Supervisora del Servicio de Limpieza
Clínica Universitaria de Navarra

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Para mí, y en mi trabajo, supone un estímulo; afán de hacerles agradable su estancia en la clínica a base de poner esfuerzo para que todo esté limpio y en condiciones.

En una palabra, evitar cualquier dificultad, pues creo que la enfermedad les produce suficiente malestar.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Insisto, a mi modo de ver, en que el mejor servicio es esmerarse día a día por cuidar todas las cosas con el mismo detalle, facilitando así la propia vida de los enfermos, al mismo tiempo que se colabora con el trabajo de médicos y enfermeras. Pienso, pues, que de una manera indirecta se llega igualmente al enfermo.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el *apostolado* entre enfermos?

—Principalmente su enfermedad, que exige una mayor dedicación, comprensión, delicadeza, etc. Pienso también en la forma de hacer útil su enfermedad, su dolor, tratando de darle un sentido positivo a su vida.

DR. JOSÉ LUIS ARROYO

Jefe del Departamento de Anestesia y Reanimación
Clínica Universitaria de Navarra

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Constituye el centro de nuestro quehacer médico. Creo que la observación de este mundo contribuye mucho, tanto a nuestra formación científica como humana.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Consiguiendo que en nuestra asistencia médica, basada en primer término en nuestros conocimientos científicos, exista una entrega total para comprenderles y tratarles idóneamente.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el *apostolado* entre enfermos?

—En el hombre enfermo destacan con luz propia su sinceridad y agradecimiento. Si nuestro diálogo es abierto y convincente el fruto es la amistad. Basados en ésta, el hablarles de Dios es empresa fácil.

DR. JORGE NJENGA

Hematólogo

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—El mundo de los enfermos representa para mí un ambiente escogido para el ejercicio profesional y la vocación médica. Es una situación de sufrimiento, de espera y de tensión emocional, protagonizada principalmente por el propio enfermo además de sus familiares y los cuidadores médicos, en la que la comunicación interpersonal funciona a tope, y donde cosas pequeñas adquieren un significado enorme (una palabra dicha u omitida, un gesto, una preocupación, etc.). Es una ocasión de ver y mejorarse mediante el sufrimiento.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Para que la profesión médica le sirva al enfermo, su orientación cristiana debe ser, además de la formación humana y la orientación sobrenatural, hacia una inmejorable formación técnica y científica. El *apostolado* del médico no puede sustituir ni completar la ineficacia profesional. El reflejo cristiano del médico está fundamentalmente en relación con una técnica inmejorable.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el *apostolado* entre enfermos?

—Al planear el *apostolado* entre enfermos debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) La mejor manera de influirles es el ejemplo.
- b) El encuentro con el enfermo es una oportunidad única de realizar un sagrado deber técnico, ante Dios como testigo, espectador y aliado nuestro.
- c) En este contacto, las verdaderas motivaciones psicológicas que nos impulsaron a estudiar la medicina sobresalen y son captadas por el enfermo y los demás.
- d) Es fundamental conocer bien a los enfermos y a sus familiares y es preferible hacer un *apostolado* personal que el de masas.

CONCHITA BRUN SANDIUMENGE

Profesora de la Escuela de A.T.S.
Universidad de Navarra

—¿Qué representa para usted el mundo de los enfermos?

—Un mundo en el cual no soy un mero espectador, sino que formo parte del cuadro de actores con un papel

de cierta importancia. De mi *interpretación* responsable, consciente, bien hecha, cuidada hasta el mínimo detalle, dependerá gran parte del éxito de la *representación*.

—¿Cómo se puede orientar cristianamente su profesión para que en realidad sea un servicio al enfermo?

—Teniendo muy presente, en todo momento, que el enfermo es un ser humano y como tal compuesto de alma y cuerpo. Mi actuación profesional no puede limitarse a cuidar el cuerpo, si así fuera, pobre servicio le prestaría al enfermo. Es un síntoma de oxidación grave pensar que sólo nos atañe el cuidado material de ese enfermo. Hay que cuidar lo uno sin olvidar lo otro.

—Según su juicio, ¿qué habría que tener en cuenta a la hora de planear el apostolado entre enfermos?

—Ante todo competencia profesional; hacer el trabajo, el que sea, lo mejor que uno sepa; poniendo la cabeza, corazón, cariño, garbo humano... poco o mucho, pero sí todo el que se tenga. Queriendo a ese enfermo, a veces hará falta pensar o imaginar que podría ser nuestro padre, hermano o madre. Querer para él lo mejor. Conocer sus inquietudes, escucharle, hablarle, sonreírle, rezar por él. Ayudarle con palabras y obras llenas de cariño, comprensión, a que descubra, si lo ignoraba, el sentido de la vida, lo positivo de su dolor y sufrimiento, y así, poco a poco, vaya creciendo en reciedumbre, generosidad, alegría, acercamiento a Dios que le dará paz, serenidad e incluso mejoramiento físico, si Él lo quiere, y desde luego —todos tenemos experiencia— un mayor equilibrio psíquico.

Por último y muy importante, recordarle que tiene a su disposición un sacerdote que está precisamente para atenderle, interesarle y ayudarle para que reciba los Sacramentos: Bautismo, Confesión, Sagrada Eucaristía, Santa Unción cuando convenga.

La enfermera no debe olvidar que la *materia prima* de su trabajo profesional es un ser que tiene vida. No una máquina con resortes que se engrasan y reparan de vez en cuando, que al hacerse muy vieja e inútil se tira y cambia por otra. El enfermo es más, mucho más; no un número, no es sólo un nombre. Es una *vida* larga o corta; el tiempo, siendo como es muy importante, lo es menos que la intensidad y calidad con que esa vida se ha vivido. La enfermera, generalmente, entra en *escena* en un momento crítico de la vida de ese ser humano, a veces... cuando se está jugando la última carta. Difícil momento, el enfermo espera nuestra ayuda, desea ganar, seguro que eso es lo que quiere, pero, por debilidad física, psíquica y espiritual, le faltan fuerzas para gritar que le ayudemos. Lo espera, lo está deseando ¿y qué pasa, entonces, si nosotros hemos olvidado las reglas del juego?, ¿así, si por ignorancia, descuido, apatía, indiferencia no sabemos ayudarle o le ayudamos, para salir del paso, haciendo trampas?

La enfermera no puede quedarse con los conocimientos que adquirió en sus años de estudio, deberá mantener su nivel de formación en activo, no sólo la formación científica y técnica, también la humana y espiritual. Esa formación integral constante le ayudará a ver o descubrir *dónde le duele* al enfermo.

Principios éticos y religiosos en el mundo de la medicina

Son muchos, pero no los podemos reflejar aquí todos. Cualquier hospital (regido por católicos o por otras personas también de recto criterio) debe disponer de unas normas de carácter ético a las que atenerse. De entre las directrices éticas y religiosas para los hospitales católicos de la «Asociación católica de Hospitales de los Estados Unidos y Canadá», indicamos las siguientes:

1. El fin de los hospitales regidos por católicos es proporcionar ayuda, tanto médica como espiritual a los enfermos. Es un deber primordial de los responsables de los hospitales atender íntegramente a los enfermos, esto es, teniendo en cuenta también sus exigencias desde un punto de vista religioso. Todos los que trabajan en los hospitales, especialmente médicos y enfermeras, deben conocer a fondo sus obligaciones morales y religio-

sas en lo que a la dirección y administración del hospital se refiere, y deben tener presente que les son permitidos solamente procedimientos compatibles con sus obligaciones.

2. Puede haber casos en los que la moralidad de un procedimiento sea dudosa, tanto porque las directrices no indiquen una solución como porque la aplicación de las normas no sea fácil. En tales casos, si es posible, hay que consultar obligatoriamente. En casos urgentes, cuando no hay tiempo para consultar, el médico debe obrar según su más recta conciencia. Hecho esto no debe haber lugar a ansiedad de conciencia, pero debe manifestarlo a las autoridades correspondientes del hospital, para saber a qué atenerse en casos futuros de la misma naturaleza.

3. Las normas éticas abarcan a todos los enfermos del hospital, de cualquier religión que fueren, y deben observarse por los médicos y enfermeras y todos los que trabajan en él.

4. Todos tienen el derecho y la obligación de prepararse para el momento solemne de la muerte. El médico tiene la obligación de informar al enfermo o a sus responsables sobre el peligro del estado crítico en que se encuentra, a menos que conozca con certeza que el enfermo ya está preparado.

5. La obligación del secreto profesional debe cuidarse con todo esmero no solamente en lo que a la información de las fichas clínicas e informes se refiere, sino también en materias confidenciales que se han conocido en el ejercicio de las obligaciones profesionales.

6. La muerte directa de una persona inocente siempre es ilícita, aunque sea a su propia petición. Todo proceder cuyo efecto inmediato sea tan sólo la muerte de un ser humano es una muerte directa.

7. El niño no nacido debe considerarse persona humana, con todos los derechos, desde el momento de la concepción.

8. El aborto directo nunca está permitido, aunque su finalidad sea salvar la vida de la madre. Ningún estado de gestación constituye excepción a esta prohibición. Todo procedimiento cuyo efecto inmediato sea la terminación de la gestación antes de que el feto sea viable constituye un aborto directo.

9. Están prohibidas las craneotomías y otras intervenciones para la destrucción del feto. Está prohibida la «eutanasia» (muerte compasiva) en todas sus formas. No administrar los medios ordinarios para conservar la vida equivale a «eutanasia». Están admitidos los sedantes para calmar los dolores del enfermo grave, pero tales sedantes no se administrarán antes de que el enfermo se prepare convenientemente para la muerte, ya que suelen privar del uso de los sentidos o de la razón.

10. Los exámenes *post-mortem* no deben hacerse hasta que la muerte real sea moralmente cierta. Este

principio vale igualmente para los trasplantes de órganos.

11. El empleo antinatural de la facultad sexual (por ejemplo, masturbación) nunca está permitida, aunque fuera para un fin bueno.

12. La continencia periódica o continua es la única manera admisible normalmente de la regulación de la natalidad (cuando concurren causas graves que la justifiquen).

13. Nunca se puede buscar directamente la esterilidad. Se puede permitir como efecto inevitable de un tratamiento necesario.

14. Todas las operaciones, tratamientos, artificios destinados a hacer imposible la concepción, son moralmente inadmisibles. No es permitido aconsejar o, de cualquier modo, animar sobre procedimientos contraceptivos.

15. Es moralmente inadmisible la experimentación en enfermos sin el debido consentimiento, ni aun en beneficio del propio enfermo.

16. En casos de urgencia (por ejemplo, en peligro de muerte) todas las peticiones de bautismo hechas por adultos o para niños deben transferirse al capellán del centro, quien observará lo prescrito por el Derecho Canónico. Si no hubiera sacerdote, cualquiera que tenga uso de razón podrá bautizar.

17. A la vez que se respete la legítima libertad de las conciencias, no debemos ser indiferentes a las necesidades y deseos espirituales de los no católicos, y deben hacerse todas las cosas conforme a nuestros principios para con ellos. En particular cuando un enfermo no católico pide tener su ministro debe ser complacido.

18. Siempre que sea posible, las partes mayores amputadas deben ser enterradas en cementerio. Es lícita la incineración de tales miembros cuando su entierro no es posible. Los fetos muertos han de ser enterrados. Sólo se permite la incineración por razones sanitarias graves. En casos excepcionales se pueden conservar para su estudio.

LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE

Por el padre CARLOS M.^o ZABALA ALTUBE
Trinitario

II - La prueba

Según a la realidad a la que se refiera, la prueba a la que podemos considerar bajo dos aspectos distintos. Si nos fijamos en la vertiente de la *acción*, prueba vendría a ser el sinónimo de examen o concurso; en cambio, si observamos el lado de la *pasión*, equivaldría a aflicción, léase enfermedad, luto o fracaso.

Con todo, siguiendo a una oculta pero eficaz sabiduría religiosa, ya patente en toda la historia de las religiones, el sentido de prueba ha derivado preferentemente hacia el segundo sentido, cobrando éste un carácter de *test* por el que el hombre a través del sufrimiento se ve sometido a la prueba total del fogueo.

El concepto de prueba, sin ese sentido afflictivo, precede en la Biblia al segundo, y significa ese innato afán de conocer realidades más profundas que se hallan más allá de toda apariencia incierta.

Muy afín a este concepto está el de la palabra *tentación* con su tremendo contenido de ensayo o experiencia. Si esta tentativa de experiencia bordea los terrenos de la opción moral y el ensayo desemboca en un verdadero estado crítico, quiere decir que ha sonado para el hombre la hora punta de revelar su verdadera y profunda orientación.

Con todo, bien se cuida la Biblia de distinguir la *experiencia* de la *tentación* de la *experiencia* de la *prueba*. Así, en Génesis 2, 17, aparece claro el concepto de prueba: «pero del árbol del bien y del mal no comas, porque el día en que de él comieres, ciertamente morirás».

La iniciativa la toma Dios; el hombre es sometido a la prueba como una aleación. Debe dar prueba de sí.

En cambio, todo el capítulo III, es una tentación en la que aparece esa propensión oscura de torcerse hacia el mal. A ambas experiencias está sometido el hombre en las varias etapas de su vida. Unas situaciones serán queridas por Dios, y otras, solamente lo serán permitidas; pero en ambas, siempre será el hombre interrogado y su vida teologal puesta a prueba en todos sus aspectos. De lo que se deduce que Dios probará, pero no tentará, e incluso, esta prueba no siempre tendrá sentido total y esencialmente positivo, sino que puede hasta connotar la

posibilidad de una defección, cuando por medio entra en juego *la libertad*, que puede dar al traste con ese medio pedagógico divino, el cual revela la expresión del plan salvífico respecto al hombre.

PLANO ESCATOLÓGICO

Siendo el cristiano, sobre todo el hombre de verdadera fe, la reproducción atrevida y la imagen osada de la figura de Cristo, quien a su vez es la realización de todos los símbolos y esperanzas de la Antigua Alianza, es lógico que, en su vida de elección, el fiel encarna y refleje, en pequeña escala, todo el plan salvífico de Dios.

El primer clisé del enfermo probado en su fe, se barrunta en la elección del pueblo de Israel de llegar por la alianza a ser el pueblo de Dios. La elección le sitúa en condición de drama, del que Israel va tomando paulatina conciencia. Dios pone en trance al hombre para que tome partido frente a la promesa. Dios solicita del hombre la obediencia, mediante la cual ajusta y acopla su querer al de Yahvé. Abraham, José, Moisés y, sobre todo, el sacrificio de Isaac, son ejemplos de esta política divina.

La fe de Israel ha sido obligada a pasar por la prueba del desierto. El resultado ha sido francamente negativo. El pueblo ha intimidado a Dios a que ponga fin a la prueba; ha querido situarse en un límite sin salida para ver si Dios, su Dios, es capaz de sacarle de ella; se ha obstinado a dar fe a los signos evidentes, empecinándose en pedir otras nuevas y mayores pruebas de la divina voluntad. El resultado de toda esta purificación a través de la prueba desértica, es la aparición de un nuevo ser: la generación fiel, la que poseerá la tierra de promisión.

A esta prueba de la fe, como en la pobre historia humana del cuerpo enfermo, le sigue la crisis de la *fidelidad*, la prueba del amor. El pueblo ha elegido servir a Dios; pero su corazón no es sincero. Yahvé tendrá que intervenir, como el herrero en la fragua, a fin de

purificar y hacer maleable ese servicio. Fruto de este trabajo intenso, de esta durísima prueba, será el *pequeño resto*, que antes de llegar a la Promesa, se verá sometido al cruel y dilatado fogueo de la cautividad. Es el momento en que las dilaciones interminables, las contradicciones enervantes, las sangrientas persecuciones y las cobardes debilidades pondrá a prueba la *esperanza*. Israel, desesperado, goza en balancearse y en inclinarse hacia el estribor de la secularización. La prueba ha llegado a lo más fino y sutil; a lo más purificador del alma de la esperanza. La proximidad de Dios es símbolo y anuncio de pruebas más profundas.

Así, aparece Cristo. En su persona se resumen las situaciones límite de Adán, del Pueblo de Israel, de los hombres de la Alianza, pero con resultado positivo. La victoria ha sido conseguida en el mismo terreno en que la prueba le ha situado. A la generación fiel, al pueblo purificado por la cautividad, Cristo ha añadido, merced a su última prueba, la agonía del Calvario, la nota de vocación de la humanidad a la filiación divina.

Como fruto de esa suprema y última prueba, brota la multitud justificada de la Iglesia, regada por la rica y jugosa savia de la gracia. En la economía de la salvación, la Iglesia representará en la historia, el estadio en que la persecución debe consolidar la fidelidad, y en el que el hombre ha de salir probado de la tribulación.

En definitiva, la prueba será para la Iglesia algo substancial; como su condición propia. De este modo, aparecerá ante nuestros ojos como probada a la vez que pura; como reformable, a la vez que gloriosa.

PLANO SICOLÓGICO

La luz de la fe sigue iluminando nuestro sendero discursivo; pero esta vez los sujetos de la prueba son la persona y la naturaleza humana. La sabiduría del pueblo elegido, una vez obtenido el primer clisé, antes señalado, descrito y aplicado, no tiene reparo en emplearlo a las realidades indicadas. La prueba tiene ahora un sentido más familiar, más íntimo y también cruel y sangrante.

Esta realidad la podríamos concretar en esta directa e ineludible pregunta: ¿por qué la enfermedad, el sufrimiento, el dolor en un hombre inocente y lleno de fe? Aquí la prueba alcanza el máximo de agudeza y la presencia de Dios, el punto cenital de proximidad. No es tanto lo imposible lo que puede asustar al hombre lleno de fe, sino la presencia de lo absurdo. La postura ante esta inexplicable monstruosidad, como mal menor, podría ser la *duda*; pero la más sugestiva y provocativa tentación sería la del *insulto*, más aún, la de la blasfemia satánica.

Normalmente, el hombre de fe enfermo no es raro que levante su correspondiente tribunal y haga presentarse ante él a ese Dios, confesado especulativamente como Bueno, pero dudando prácticamente como tal. El

procedimiento del debate, poco se diferenciaría del seguido por Job. Tal vez, como recurso supremo, el juez de esta contienda, no tenga más camino que refugiarse en el misterio de la sabiduría de Dios. La sentencia definitiva significaría que el hombre debe progresivamente ajustarse al misterio de Dios.

Pero la fe, ante la enfermedad, nos puede brindar la oportunidad de poder bucear un poco en las profundidades oscuras del plan salvífico de Dios. Los destellos que pueden iluminar tales abismos nos vienen de la misma Luz de Luz. En esa penumbra trabaja penosamente el profeta Isaías. Al fondo de la misma ve siluetaarse la figura del siervo de Yahvé. La conclusión a la que llega el Profeta es que la prueba es insoluble en el plano individual; su fuente está fuera del hombre. Se trata sencillamente de un hecho total y absolutamente concerniente al género humano. La conversión de todo este legado de inexplicables desgracias en vida y resurrección, tendrá su origen en esa persona, solidaria de la *multitud*, quien ocupará el lugar de la misma, cargando sobre sí mismo la maldición: Cristo.

Estas conclusiones, en que se percibe la impronta de la reflexión sacerdotal veterotestamentaria, convergen con las que en los relatos del Génesis nos hacen llegar al fondo de la condición humana.

La revelación más expresiva del amor totalmente gratuito de Dios es la *elección*. A ese grado de máxima expresividad amorosa ha de corresponder en el hombre el máximo de *libertad* en su respuesta. En este campo de la respuesta, la prueba instala sus trágicos reales.

De igual modo que la amistad no se impone, sino que se escoge, así también el amor de elección no admite imposiciones, sino que simplemente se escoge. La prueba del árbol del conocimiento (Gén. 2, 17) sitúa al hombre en esa tesitura. De lo que se deduce, que el hombre sólo será tal por su responsabilidad constante de elegir por vocación a Dios, a cuya imagen es; lo cual revela cuál es la condición humana fundamental.

El fracaso de Adán fue posible porque falló en la elección: puestos en la balanza Yahvé y él, creyó tener más peso específico que su Creador y Dueño. Tal desacato procedió de que entre la elección y la prueba, intervino la *crisis* o tentación, concretada en la persona del maligno. Ello derrama meridiana luz sobre la distinción entre tentación y prueba. La prueba, ni en los más extremos límites del paroxismo, participa de la naturaleza de la tentación. Este nuevo elemento seductor y mentiroso ha trocado la elección en soledad, desnudez y muerte. El hombre ha sido engañado; por consiguiente, su prueba fundamental es combatir contra la mentira y luchar para escoger según la verdad en que se vive solamente la experiencia de la libertad.

Así, toda la naturaleza humana está profundamente conjurada y empeñada en una prueba que rebasa sus fuerzas; pero la solución alboreará con la venida de un descendiente de dicha naturaleza, que pondrá fin a tal situación conflictiva.

PLANO CRISTIANO

Los dos aspectos expuestos, es decir, el escatológico y el psicológico, vuelven a aparecer al abordar el tema de la prueba del cristiano. Todo el Nuevo Testamento está envuelto en el mundo desconcertante de la prueba. A ella se recurre como argumento, como signo, como condición y como medio; pero, sobre todo, el plano psicológico es el que más sobresale.

En la mente de Dios, la prueba no es más que un método pedagógico. Es simplemente:

- a) *un sondeo* totalmente conectado y orientado a la vida. *Todos los que quieran vivir con piedad en Jesucristo, serán perseguidos;*
- b) *una condición indispensable* de crecimiento, de robustez, de humildad;
- c) *es una disposición* para sentir mejor y más de cerca al Espíritu, el cual ya opera íntima y eficazmente en el cristiano probado, planeando y trabajando por su liberación;
- d) *es el camino mismo* de la pascua interior, el del amor que espera. «*Nos gloriamos en las tribulaciones, sabedores de que la tribulación produce la paciencia; la paciencia, la virtud probada; y la virtud probada, la esperanza. Y la esperanza quedará confundida, pues el amor de Dios se ha derramado en nuestros corazones*» (Rom. 5, 3 ss.).

El sentido teológico de la prueba salta de inmediato. La prueba es una *parascève*, un *paso* hacia Dios, a través del largo camino lleno de sorpresas, de sus designios amorosos y providenciales. En estos designios está el proyecto de Dios que intenta divinizar al hombre en Cristo. Como uno de los elementos integrantes de ese plan, aparecen la prueba y la tentación, como algo ineluctable, a través de las cuales el cristiano pasará de la libertad ofrecida a la libertad vivida; de la elección a la alianza.

Ellas serán también las que ajusten al hombre con el misterio de Dios, el cual misterio se hará tanto más doloroso cuanto más próximo e íntimo sienta a Dios; y por otra parte, cuanto más herido se encuentre el cristiano.

La presencia de la cruz señalará el paso del egoísmo al amor, connotando a la vez, el carácter netamente pasional de la prueba.

PLANO CONCRETO DEL ENFERMO CREYENTE

La concepción de la Biblia sobre la enfermedad es tributaria de las opiniones comunes a los pueblos orientales; por ello, dejando a un lado el aspecto científico, se aplica exclusivamente al estudio de su significado religioso.

Si la salud supone cierta plenitud de fuerzas, la enfermedad denotará y será descrita como un estado de flaqueza y de debilidad. La observación empírica representará muy poco, ya que la atención está centrada en el *por qué* o en el sentido de la enfermedad para el que sufre.

En una concepción religiosa, donde el principio de hermenéutica de todo acontecimiento es el de la *causalidad divina*, la enfermedad no podía significar una excepción. Así, el enfermo será la expresión palpable y el resultado evidente de un golpe certero de Dios. El paso siguiente será la espontánea deducción de que entre la enfermedad y el pecado no deja de haber un nexo íntimo y necesario. Tal deducción no es contradicha por la Biblia, a pesar de que tampoco deja de precisar cuáles deben ser las condiciones en que debe entenderse este nexo.

La línea de opinión discurre por el pensamiento de que Dios ha creado al hombre para la felicidad y de que la enfermedad es contraria a esta divina y profunda intención y, si realmente existe, es por ser una secuela del pecado. De este modo, pecado y enfermedad resultan términos correlativos.

Pero, esta línea se quiebra ruidosamente al trasladar este planteamiento al plano personal, en el que toda enfermedad supondría también necesariamente la presencia de un pecado personal. Los libros sagrados, ante semejante réplica, buscan su amparo y solución en el concepto de prueba.

Tanto los Salmos como los restantes Libros Sapienciales, han de concluir, en definitiva, que la enfermedad, aunque tenga un determinado sentido, es un verdadero y auténtico mal, cuya desaparición anunciaría la presencia de la Nueva Era, de los Nuevos Tiempos escatológicos.

Cristo también ha considerado la enfermedad como un mal, como una secuela del pecado y, en señal de su misión mesiánica, ha curado a los enfermos. Esto no quiere decir que la enfermedad haya sido desterrada definitivamente y de modo total del mundo, sino que la lucha entre la fuerza divina y el pecado ha quedado definitivamente entablada en este mundo. El milagro de las curaciones representará un símbolo del estado de perfección que la humanidad adquirirá en los últimos días; pero también connotará el estado actual de los tiempos presentes. Este enlace entre *milagro-signo*, juntamente con los *gestos* de Jesús para con los enfermos, son prelude de los sacramentos cristianos.

Milagro, signo y gestos se perpetuarán a través de los Apóstoles, en lo que es la continuidad en el tiempo, de la Encarnación de la Palabra, que es la Iglesia. El carisma de las curaciones aparecerá en la misión de la Iglesia; pero la gracia de Dios se derramará en el enfermo de manera menos espectacular. La curación a través de los signos y de los gestos no surtirá su efecto de manera infalible, como si fuera un efecto mágico. Mientras dure el mundo presente, la humanidad deberá

sobrellevar las consecuencias del pecado; pero, y a través de la Pasión de Cristo, la enfermedad adquirirá un significado totalmente nuevo. Este significado se refiere al *valor redentor* de la enfermedad, aspecto totalmente desconocido para Job, y convertido por Pablo en complemento de la Pasión de Cristo y en elemento integrado dentro del orden de la salvación.

PLANO ASCÉTICO

La enfermedad, considerada como maldición en el Antiguo Testamento, ha pasado al Nuevo como una auténtica *bienaventuranza*. En esta línea, Pablo sobreabunda en gozo en sus tribulaciones y no tiene rubor en afirmar su complacencia en las aflicciones (II Cor. 12, 10). Y Pablo no era un estoico, ni consideraba la fe como una anestesia, ni menos, era un masoquista enfermizo.

Los gritos de rebeldía del Antiguo Testamento tienen una resonancia y un eco adecuado en el Nuevo Testamento. La respuesta a esos gritos constituye un auténtico coro que contesta que el cristiano, lógicamente, no puede resignarse a tales voces. La enfermedad no puede menos de ser un verdadero y auténtico escándalo. La Biblia, siempre muy sensible al dolor humano, quiere hallar una explicación al mismo; pero su solución también siempre implica a Dios en el problema. El recurso al concepto del misterio del sufrimiento, hemos visto, ha sido la puerta grande por donde ha podido salir airosa la Bondad de Dios, siempre en juego en este dialéctico combate.

Desde el umbral de esta espaciosa puerta de salvación, la realidad innegable de la enfermedad es interpretada y explicada por los sabios y los profetas. A través de ella han descubierto que la enfermedad tiene un *valor catártico* o de purificación y la han comparado al fuego, que es elemento indispensable para separar el oro de la escoria, sometidos ambos a la prueba del crisol.

Por otra parte, le han atribuido cierto *valor didáctico*, semejándolo a una paternal reprimenda a un buen, pero descuidado hijo; sin olvidar también la benevolencia divina, manifestada en la solicitud de aplicar el pronto remedio al mal llevado a cabo, y la relación misteriosa a sus providenciales designios. Dentro de estos inescrutables designios, la enfermedad viene a significar una prueba de altísimo valor, de la que se deberán aprovechar aquellos que se precien de ser auténticos y verdaderos servidores suyos.

Avanzando más dentro de esta misma línea, la sabiduría bíblica ha hallado dos nuevos valores más que sumar a los reseñados. Se ha llegado a tal conclusión por medio de la consideración del siervo de Yahvé, quien reúne en sí todo el cúmulo de dolores, siendo en

él el dolor y el sufrimiento no un accidente pasajero o un momento trágico, sino su existencia cotidiana y su signo distintivo. Su postura *vicaria* ha dotado a la enfermedad del poder de *intercesión* y del valor de *redención*.

El paso siguiente nos introduce ya en la plenitud de los tiempos. Cristo no ha querido suprimir la enfermedad, pero tampoco ha querido mantener aquel sistemático nexo entre la enfermedad y el pecado, simplemente deja que la maldición del Paraíso produzca sus amargos frutos. Si en su paso por la tierra enjugó algunas lágrimas, lo hizo como signo de los tiempos futuros, en los que, en frase del Apocalipsis, «*las lágrimas de todos los rostros desaparecerán*». Con todo, ha añadido al dolor y a la enfermedad una dignidad tal, que le ha dotado de la posibilidad de poder convertirse en *bienaventuranza*. Esa virtualidad se manifiesta en que puede preparar al enfermo para acoger gozoso el reino, y en que permite que Dios pueda revelar por ese camino tortuoso, sus obras y su gloria.

Siguiendo la doctrina paulina (Gál. 2, 20), que define al cristiano como *aquel que ya no vive por sí, sino por Cristo*, podemos también decir que los sufrimientos del fiel *son los sufrimientos de Cristo en él* (II Cor. 1, 5), y que a través de los mismos se configura con Él (Fip. 3, 10).

Esta configuración será tanto más perfecta cuanto más se apresta el fiel a correr al combate, puestos sus ojos en aquel que soportó la cruz (Heb. 12, 1). Si el discípulo no es mayor que el maestro, y éste quiso y se hizo solidario de los que sufren, el cristiano no puede menos de someter su cuello al dogal de la misma ley.

Ahora bien; este sufrimiento con Cristo comporta también una realidad gloriosa, cual es el resucitar con Él. Dios hace al fiel ya un gran favor en acercarse a Él por medio de la fe; pero ese favor se convierte en espléndido don, cuando nos brinda la oportunidad de sufrir (Filip. 1, 29). Este sufrimiento no solamente nos prepara la adquisición de la gloria futura (II Cor. 4, 17) más allá de la muerte, sino que también en esta misma vida nos proporciona el fruto del gozo, el cual se cifra en completar en nuestra carne, lo que falta a las pruebas de Cristo, por su cuerpo, que es la Iglesia (Col. 1, 24).

Por medio de este recorrido bíblico, bien a las claras hemos podido comprobar cómo en la mente de Dios la prueba no es más que un medio pedagógico y la expresión de su plan salvífico respecto al hombre.

Ahora bien, como esa metodología, en el momento de la ejecución precisa del importantísimo factor *libertad*, puede, y de hecho así ha sido a veces, llegar a fracasar. Nada de extrañar que, sobre todo en el Nuevo Testamento, la prueba pueda tener sentido positivo; pero que también no deje de connotar la posibilidad de una defeción.

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

EN LOS ENFERMOS SE REFLEJA EL ROSTRO DE CRISTO

Saludamos ahora de una forma particular a los miembros responsables de las secciones italianas de la UNITALSI: presidentes, capellanes, médicos, acompañados por el cardenal Luigi Traglia, decano del Sacro Colegio y presidente de la Unión. Quisiéramos que la palabra *particular* recogiese la expresión profunda de la benevolencia y estima que profesamos hacia una organización tan benemérita, cual es aquella cuya sigla acabamos de pronunciar, que precisamente significa: «Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e ai Santuari d'Italia». ¿Quién no conoce esta organización que con tanta abnegación atiende las peregrinaciones de los enfermos a los lugares de la fe y la esperanza? ¿Quién no ha visto trabajar a sus infatigables miembros?

Aprovechamos la ocasión que hoy se nos brinda para expresar el reconocimiento por el bien que hacéis, y para alentaros a redoblar aún más, si ello fuese posible, vuestros esfuerzos y vuestras atenciones para con los enfermos en los que estáis acostumbrados a ver el rostro velado de Cristo. Y éste es precisamente nuestro deseo: que sigáis produciendo frutos en esta escuela de tan noble formación, en la cual vosotros dais a los hermanos que sufren, pero también recibís de ellos las lecciones más sublimes de confianza en Dios, de abandono en su voluntad, de ofrenda de los sufrimientos por el Cuerpo de Cristo, que es la Iglesia (cf. Col 1, 24).

Nos sentimos muy cerca de vuestra misión de un modo *particular*, os repetimos, e invocando sobre vosotros la protección materna de la Santísima Virgen,

LA CARIDAD ES SIEMPRE ACTUAL EN LA IGLESIA

Ante todo debemos subrayar la validez y la actualidad de esta institución. Bien es verdad que la asistencia pública va poco a poco asumiendo tareas confiadas durante siglos a la caridad de la Iglesia, como también es verdad que la sociedad moderna es más sensible a aplicar la justicia que a ejercer la caridad. Sin embargo, no por esto ha perdido su función la acción caritativa de la Iglesia en el mundo contemporáneo. La caridad es siempre necesaria como estímulo y como complemento de la misma justicia. Por otra parte, una toma de conciencia más madura del espíritu del Concilio Vaticano II por parte del pueblo de Dios no se concibe sin una mayor conciencia por parte de la comunidad cristiana de las propias responsabilidades en relación con las necesidades de sus miembros. La caridad será siempre para la Iglesia la prueba de su credibilidad en el mundo: «En esto conocerán que sois mis discípulos» (Jn 13, 35).

LA CARIDAD, SÍNTESIS DE LA VIDA MORAL

Toda la vida deviene amor. Amor verdadero, amor puro, amor fuerte, amor feliz. Y a este primer amor —que es religioso, como veis, y no puede ser de otro modo— va unido el segundo, el amor al prójimo, ya como escala para subir al amor de Dios (cf. I Jn 4, 20; san Agustín, Tract. in Jn 17, 8), ya como motivo para

aplicar la actividad propia en servicio y beneficio del prójimo (cf. Rom 13, 8-10, I Tim 1, 5).

Si nosotros, nosotros los cristianos, hubiéramos comprendido este Evangelio del amor, su ley, su necesidad, su fecundidad, su actualidad, no nos dejaríamos sorprender por la duda de que el cristianismo, nuestra fe (Gál 5, 6) fuera incapaz de resolver en el ámbito de la justicia y de la paz las cuestiones sociales, sin tener que buscar esta capacidad en el materialismo económico, en el odio de clases y en la lucha civil, con el peligro de ahogar nuestra profesión cristiana en las ideologías de quien la combate, y dar a las cuestiones humanas soluciones amargas, ilusorias, y quizás también, a la postre, antisociales y antihumanas.

Torna a la memoria y al corazón el himno de san Pablo a la caridad: «Si, hablando lenguas de hombres, y de ángeles, no tengo caridad, soy como bronce que suena o címbalo que retiñe... La caridad es longánime, es benigna; no es envidiosa, no es jactanciosa, no se hincha, etc. La caridad jamás decae...» (I Cor 13).

La caridad, he ahí la síntesis de nuestra vida moral. Pensémoslo.

EL PRECEPTO EVANGÉLICO DEL AMOR

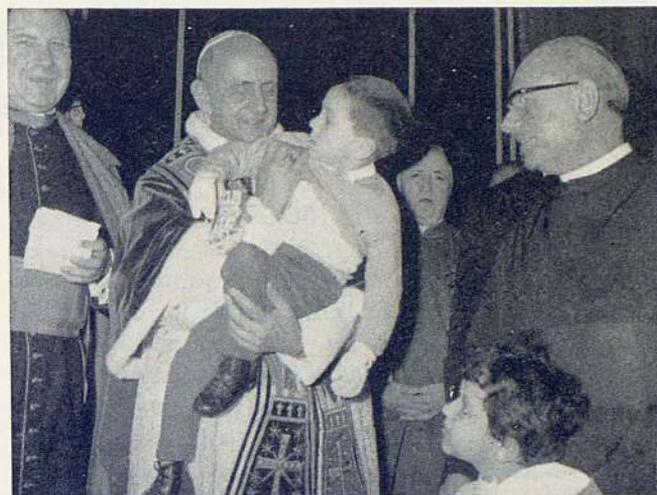
Estamos hoy acostumbrados a valorar al hombre moderno en razón de su dinamismo, del ejercicio de sus facultades. El trabajo, la cultura, la ciencia, la misma libertad interesan en cuanto son factores de progreso, de desarrollo y bienestar. Para nosotros los cristianos, esta intensa actividad de nuestro tiempo tiene además una decisiva importancia en orden a la perfección humana y a la salvación.

El Señor ha resumido en pocas palabras el programa general, que constituye el ideal genuino de nuestra actividad: «Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu mente, con toda tu alma, con todas tus fuerzas..., y al prójimo como a ti mismo». He ahí el punto céntrico de toda la moral, el fin supremo de todo querer, el principio de toda actividad. ¿Sabemos de veras en qué consiste el amor? ¿O nos contentamos con fórmulas más o menos vulgares?

El amor verdadero es el acto consciente y voluntario hacia el bien, hacia el Sumo Bien, el único capaz de saciar nuestros deseos, y que debe impregnar todas las acciones humanas. Sólo así podrá ser la vida amor puro, fuerte, feliz, capaz de resolver todos los conflictos en la justicia y en la paz. Pensemos en ello.

EN LA HORA DE LA AUSTERIDAD AMPLIAR EL CAMPO DE LA CARIDAD

¿Qué debemos decir de la atmósfera de la vida pública e internacional característica de esta estación his-



Pablo VI
sostiene en sus brazos a un
disminuido físico

tórica, que todos respiramos con fatiga, aunque a veces nos llegue un soplo tonificante de confianza y esperanza? La incertidumbre general, especialmente en el terreno económico, intenta desorientar a los espíritus e insinuar pensamientos tristes, centrados más bien en el propio interés inmediato y particular que en los grandes programas ideales de progreso, de justicia, de paz, que deben guiar la nueva historia de la humanidad.

Quisiéramos confortar a cuantos se inspiran intelectual y vitalmente en la sabiduría cristiana, para que su energía operativa en el campo del bien crezca en vez de disminuir. Las mismas dificultades del momento presente deben estimularnos a actuar bien. Pensamos en los pobres, en los desocupados, en los endeudados, que son los primeros y los más perjudicados por las condiciones de este malestar común. Pensamos en las zonas menos favorecidas por la naturaleza y el progreso, en las que más se advierte el paro de la evolución ya iniciada hacia el bienestar. Pensamos en ese *Tercer Mundo*, que ha despertado a la legítima perspectiva de un mejor reparto de la prosperidad moderna; nuestras misiones nos hacen escuchar sus tristes lamentos. Por providencial fortuna, el gran ideal de la justicia en el mundo no se extingue; y muchos, también a nivel de los responsables de las relaciones entre los pueblos, mantienen viva la inspiración y eficaz el compromiso. Merecen nuestro aplauso y estímulo.

También nosotros, obligados a apretarnos el cinturón de los gastos superfluos en la vida ordinaria, intentemos comprender las ventajas morales y cívicas de la austeridad; y no olvidemos los deberes crecientes de la caridad, que deben suplir las deficiencias de la prosperidad.

Repetiremos con san Agustín: *dilatentur spatia caritatis* (PL, 5, 440), que se amplíe el campo de la caridad. Esta puede ser su hora de luminoso amanecer, tanto privado como social.

ACCIÓN CARITATIVA Y SOCIAL

Todos saben que la acción constituye uno de los capítulos fundamentales de la *summa* de los deberes del clero en la hora presente. La reciente asamblea diocesana sobre la responsabilidad de los cristianos en orden a la promoción de la justicia y de la caridad ha puesto en evidencia la necesidad de que el ministerio pastoral integre su actividad cultural y cultural con nuevas formas de asistencia caritativa y social. Vemos su urgencia, apreciamos su esfuerzo. La caridad debe ser diligente e ingeniosa, la justicia valiente y resolutiva. Las necesidades son todavía muchas, y nosotros, que deseamos ver en el prójimo sufriente a Cristo, que espera ser reconocido y servido por nosotros, debemos multiplicar nuestra entrega y nuestra habilidad, para no fallar en la exigencia moderna de nuestra generosa y eficaz acción.

Permitidnos algunas observaciones que consideramos importantes y actuales sobre este fin humano y cristiano.

Primera observación: que nuestro interés caritativo y social no vaya en detrimento de nuestra actividad propiamente religiosa, tanto en nuestra vida personal como comunitaria. El anuncio de la palabra de Dios y el ministerio de la gracia deben tener siempre la preeminencia, por la realidad de sus valores religiosos y para evitar el peligro de que su falta seque la inspiración verdadera y la incansable energía moral de que no puede carecer la actividad social cristiana.

Segunda observación: esta *primacía de lo espiritual* nos es necesaria para mantenernos en los límites de nuestra competencia religiosa (recordad: dad a Dios, dad al César: cf. Mt 22, 21; Rom 13, 7), respetando el orden temporal establecido, al que debemos apoyo y

colaboración, pero que no podemos pretender sustituir, mientras las necesidades del prójimo no nos obliguen a actuar como buenos samaritanos. Y tampoco debemos permitir que la actividad religiosa sea instrumentalizada con fines temporales o con miras utilitarias.

SALUDO AL MUNDO HOSPITALARIO

Dedicamos nuestro pensamiento festivo y orante a vosotras, religiosas entregadas a esta misión de amor y de sacrificio, a vosotros enfermeros y enfermeras de los hospitales y de las clínicas, y especialmente a vosotros, médicos, tan asiduos y pacientes; también a vosotros, promotores de la asistencia sanitaria en las modernas casas de cura, o en los dispensarios y en las leproserías de las lejanas tierras de misión, y en todas partes, donde el hombre sufre, llora y muere. Que sobre todos vosotros, operadores del consuelo físico, moral y religioso al dolor humano, se refleje el honor que la Iglesia de Cristo tributa a una figura humilde, pero representante típica, de vuestra generosa categoría; a vosotros el agradecimiento de la sociedad, más aún, de Cristo mismo que vive en todo hombre marcado por la miseria; que en vosotros se robustezca la conciencia de vuestra misión trascendente, que resplandezca el estudio siempre vigilante del progreso terapéutico, y se celebre la armonía de la ciencia y de la bondad sublimada por aquel amor natural y religioso que se llama caridad.

FELICITACIÓN DE PASCUAS

Como acabamos de ver, Pablo VI se preocupa siempre por los que sufren. Lo manifiesta frecuentemente en sus alocuciones. En la del domingo 7 de abril, al felicitar las Pascuas, dijo entre otras cosas: «Ahora pensamos en los pobres y en los que viven en barracas; en los enfermos y en los que sufren, en los que tienen necesidad de consuelo».

EL MUNDO DE LOS ENFERMOS A TRAVES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL

LOS PROBLEMAS DE LAS ENFERMERAS

La falta de enfermeras en determinados países europeos ha obligado a las autoridades a contratar personal auxiliar sanitario extranjero, casi siempre africano o asiático, llegando en algunos casos a ocupar hasta el 30 por ciento de la plantilla de enfermería de los hospitales.

¿Ocurre lo mismo en España? ¿Por qué no hay enfermeras? Contesta una de ellas, Hortensia González...

—Hay déficit de enfermas porque no están suficientemente pagadas. Sólo a través de la creación de un presupuesto digno y de una mejor planificación, con la creación de nuevas escuelas y una mejor preparación técnica y humana del personal podrán resolverse los problemas que hoy existen en este terreno.

SOS PARA UNA PROFESIÓN

Josefina Veglisson, ex procurador en Cortes, conoce bien el tema.

—¿Qué opina? ¿Por qué cree usted que no hay enfermeras en España?

—Porque ha existido una falta total de planificación. Yo siento un gran respeto por la austeridad inglesa. Sus hospitales son edificios viejos, pero su personal se halla perfectamente adiestrado. En España sucede todo lo contrario. Ahora se pretende rebajar el período de formación del A.T.S. Ello redundará en una malformación de dicho personal, aunque la mano de obra será más barata. Esto es atentar contra las mejoras del trabajador.

Ante la problemática actual de la falta de personal sanitario existen dos proyectos de solución claramente antagónicos:

1.º Búsqueda de soluciones a través de una mejora de la profesión (estatus socioeconómicos, incentivos de promoción, etc.).

2.º Búsqueda de soluciones a través de un descenso de nivel de la profesión (personal menos cualificado, peor pagado, menos considerado, más servil, etc.).

Las enfermeras solicitan en definitiva:

— Una progresiva tecnificación de los cuidados al enfermo.

— Una planificación hospitalaria.

— Unas medidas tendentes a la recuperación de profesionales.

— Un diálogo profundo entre los Ministerios, escuchando a las profesionales, a fin de encontrar cauces resolutivos.

LA OPINIÓN DEL INP

Para completar este reportaje era necesaria la opinión del Instituto Nacional de Previsión. Un portavoz expresó su punto de vista frente a las peticiones de las enfermeras.

1. El Instituto Nacional de Previsión ni puede ni ha pretendido nunca intervenir en el terreno de la enseñanza, formación profesional y titulación de las enfermeras, porque eso es exclusiva competencia del Ministerio de Educación y Ciencia.

2. El INP, a medida que iba completando su red hospitalaria sabía perfectamente que para el buen funcionamiento de la misma era necesario disponer de enfermeras en número suficiente y por ello al encontrarse con que no existía una planificación de las escuelas de enfermeras para hacer frente a esas nuevas necesidades hospitalarias solicitó del Ministerio de Educación y Ciencia que se fuese autorizando sucesivamente la creación de estas escuelas anejas a las instituciones sanitarias, como lo prueban las siguientes cifras:

En 1965 había 7 escuelas. En 1968 hubo ya 12 escuelas. En 1970 el número subió a 19. En 1972 a 38 escuelas. Y en 1973 existen 46 escuelas de enfermeras repartidas por toda España.

3. El número de enfermeras que las escuelas del INP ha puesto a disposición no sólo de las instituciones sanitarias, sino del país, ha sido considerable, porque la deficiencia de enfermeras es considerable y no sólo en los centros de la seguridad social, sino en los restantes hospitales del país y en las instituciones privadas, que se beneficiaron, como era lógico de la titulación de las enfermeras, que las

escuelas de la Seguridad Social fueron dando en años sucesivos.

4. Respecto al aspecto económico, la Seguridad Social ha estado muy atenta a la elevación de las remuneraciones, sin olvidar que éstas han de mantener un equilibrio con todas las que recibe el personal sanitario y aun la de los restantes elementos de la producción en el país. La Seguridad Social se ha preocupado de estudiar, de acuerdo con representaciones de los colegios correspondientes y con el Sindicato de actividad sanitaria, todas las modificaciones que sucesivamente se han realizado en beneficio de las enfermeras que prestan servicio dentro de la Seguridad Social, como lo prueba el estatuto de personal sanitario auxiliar titulado o no titulado, aprobado recientemente y en virtud del cual podemos señalar a título de ejemplo los siguientes honorarios.

Las enfermeras y ayudantes técnico-sanitarios en centros nacionales percibían desde el 1-V-75: 14.312 pesetas. A partir del 1-I-74 cobrarán 15.212.

Las enfermeras jefes o adjuntas cobraban desde el 1-V-73 la cantidad de 16.430 pesetas. Desde el 1-I-74 percibirán 17.630.

Las enfermeras de residencias sanitarias cobraban 12.988 pesetas; desde primero de enero su sueldo se incrementará a 14.188.

Las enfermeras jefes de ambulatorio percibían 11.633, y a partir del día 1-I-74 se llevarán 13.363 pesetas.

Las enfermeras de ambulatorio con jornada de siete horas, cobraban 10.181, desde enero tendrán 11.881 pesetas.

Por otra parte, todos estos sueldos se incrementarán una sexta parte más, a partir de enero, por todos los conceptos retributivos.

Naturalmente, la Seguridad Social no puede influir en modo alguno en lo que se refiere a otras remuneraciones u honorarios referidos a otros hospitales, centros sanitarios o instituciones del país.

5. La Seguridad Social no comparte, en modo alguno, el criterio de disminuir la formación de las profesionales y técnicas de la enfermería, sino que, al revés, necesita para el buen funcionamiento de los hospitales que el período de formación de este personal sanitario auxiliar sea extensivo e intensivo para que las nuevas instituciones de la Seguridad Social den el rendimiento calificado para el que han sido creadas.

6. En cuanto a las comunidades religiosas y su situación actual dentro de la Seguridad Social, sin olvidar el gran papel que a lo largo de la historia han desempeñado en la atención hospitalaria, en el momento presente la Seguridad Social tiene ordenado que la superiora de la comunidad religiosa lo sea únicamente de ésta y en su aspecto estrictamente religioso.

En orden a la enfermería, la enfermera jefe, además de cumplir obligaciones preceptivas en cuanto a su titulación, debe también reunir condiciones administrativas de tiempo, de efectividad, de propiedad en su plaza que están claramente determinadas en el vigente estatuto al que antes hemos aludido.

7. Finalmente, la Seguridad Social no ha discriminado en razón de su sexo ni A.T.S. masculinos ni femeninos, sino que todo este personal se halla incorporado a sus plantillas en igualdad de condiciones.

S. P.

La Actualidad Española
Madrid

A nivel mundial, la asistencia sanitaria presenta una situación y unas tendencias opuestas al sentido social, tantas veces proclamado como inseparable de la medicina de hoy. El dolor de la enfermedad —como el del hambre— no ha conseguido la solidaridad internacional, y la capacidad y eficacia de los cuidados médicos de un país depende de los recursos económicos propios. El grado de salud de cada pueblo queda así condicionado casi exclusivamente al desarrollo de su economía, lo cual significa que el escándalo de una medicina para los ciudadanos de los países ricos y otra medicina, inferior, para los habitantes de las naciones pobres se afirma y agranda como un mal incurable. Determinada por tan cerrado nacionalismo y sujeta a unos costos agobiantes y en constante elevación, la asistencia médica universal tiende a ser irremediamente cada día más clausista.

Hay que añadir, además, el abuso de una inversión asombrosa de los papeles. Los pueblos ricos no sólo eluden la cooperación, sino que de una manera oculta e indirecta se aprovechan de aquellos otros menos desarrollados: la emigración del personal sanitario, atraído por salarios más altos, mejores medios técnicos y mayores oportunidades profesionales que ofrecen los países avanzados, aporta a éstos los notables beneficios que suponen el ahorro de los gastos y años de formación y el aumento del trabajo asistencial. Alrededor del 15 por 100 de los médicos que ejercen en los Estados Unidos proceden del extranjero; en Inglaterra, los peones de brega del National Health Service son médicos jóvenes emigrados de los antiguos dominios; en Austria sería muy difícil atender a los pacientes hospitalizados sin las numerosas enfermeras yugoslavas, etc. De este modo se produce la absurda y tremenda injusticia de que los pueblos pobres paguen, en medida no despreciable, la asistencia sanitaria de los ricos.

Frente a esta situación sanitaria conformada por el racionalismo y socialmente deplorable, la Organización Mundial de la Salud se muestra, al parecer, indiferente. Anclada en el anacronismo de unos principios adoptados en 1951, la OMS desconoce la profundísima evolución que el sentido social de la medicina ha experimentado en esos veintitrés años que van de entonces a hoy. Sorprendentemente ajena a los cambios del paso del tiempo, la OMS es ahora, como en sus comienzos, una entidad técnica y acrítica poco comprometida. Su presupuesto, ridículo, evidencia tanto la insuficiencia de su capacidad de ayuda como el campo limitado de sus funciones. (Para el presente año, la OMS cuenta con 106 millones de dólares; las cortas posibilidades de esa cifra se advierten al relacionarla con las cantidades que cualquiera de las naciones desarrolladas destina a sanidad: Norteamérica, alrededor de 80.000 millones de dólares en 1973; Inglaterra, unos 3.400 millones de libras en el mismo año; la URSS, 10.000 millones de rublos en 1970.)

No pueden, desde luego, desdeñarse las acciones de policía sanitaria de la OMS sobre las enfermedades transmisibles, ni sus programas de medicina preventiva o de formación de personal. Pero la Organización se ha configurado, principalmente, como un centro de estudios, coordinador del trabajo de expertos internacionales, emisor de informes, normas y definiciones y creador de nomenclaturas y de módulos sanitarios. Nos indica el número óptimo de camas por 100.000 habitantes o la extensión de la pandemia vené-

rea, o el tratamiento más adecuado para el cólera, o la estructura idónea del moderno hospital. Todo ello utilísimamente, sin duda alguna, pero también envuelto en criterios asépticamente técnicos, alejadísimos de los problemas socio-sanitarios y, por lo tanto, de la realidad actual en la que inexcusablemente debe ejercerse la medicina.

Con esto no se pretende propugnar la conversión de la OMS en una especie de organización supranacional de seguridad social. Eso sería utópico. Pero la OMS no puede mantenerse justificadamente hoy si no incorpora a sus principios el carácter social de la medicina y no incluye entre sus funciones la de promover la auténtica solidaridad mundial en la asistencia al hombre enfermo.

Nuestro planeta se empequeñece y las tendencias mundiales influyen en las nacionales. Es por ello preocupante el hecho de que a nivel universal la asistencia médica tienda a la afirmación de las desigualdades y a ser clasista ante la indiferencia de los organismos sanitarios.

ENRIQUE COSTAS
ABC. Madrid

EL ABORTO

Senda, boletín mensual del arzobispado de Panamá, ha publicado un artículo titulado «Los comerciantes de la muerte», en el cual dice entre otras cosas, lo siguiente:

El aborto es un procedimiento quirúrgico muy extendido en los Estados Unidos. Esta guerra declarada a los aún no nacidos representa la destrucción del doble de vidas de los que han ocurrido durante los 200 años de historia de los Estados Unidos. «El aborto es la tercera guerra mundial», dijo el profesor de sociología americano, doctor Paul Marx, que enseña en «St. John's University in Collegeville», Minnesota. Él es el autor de *The Death Peddlers* traducido al español con el nombre de *Los comerciantes de la Muerte*.

Al terminar en Panamá su gira por Centroamérica, el doctor Marx ha dejado bien asentado que parte de la política imperialista de los Estados Unidos hacia Latinoamérica no sólo es la de promover el uso de programas sobre anticonceptivos, sino también sobre el aborto, especialmente por medio de la Agencia Internacional de Desarrollo (A.I.D.).

No se puede confiar en una nación tan rica como los Estados Unidos, en la cual se matan más de dos millones de niños no nacidos al año, y en la cual existe menos protección para el niño no nacido que en cualquiera otra parte del mundo.

Los países Latinoamericanos tienen razón al desconfiar del movimiento contra la vida que, proveniente del Norte, está infiltrando los países menos desarrollados, con demasiado dinero para los programas de eliminación de la vida y demasiado poco dinero para el desarrollo social y económico. Demasiado poco se ha hecho de modo organizado para resistir a este movimiento, ahora internacionalmente organizado para eliminar al no nacido. No tardará en llegar sin duda a Latinoamérica la presión para relajar la protección legal que históricamente ha existido en favor del no nacido...

El sociólogo doctor Marx insiste: «El aborto no solucio-

na ningún problema. Peor todavía, crea más problemas». Las tristes consecuencias que se repiten como patrón invariable en todos los países donde se ha legalizado el aborto son: tasa de natalidad peligrosamente baja; creciente actividad sexual irresponsable, con cada vez más número creciente de embarazos irresponsables, cuyas víctimas van a caer en manos de los médicos abortistas; eutanasia; destrucción del matrimonio y de la vida familiar; la división y la prostitución de la profesión médica, de sus talentos y de sus establecimientos; la pérdida de respeto a cualquier vida; el deterioro de la práctica de la medicina, y de toda una pléyade de otros males.

Existe el mito de que el relajamiento en las leyes elimina el abortista clandestino o el aborto criminal. Otro mito también es que el aborto es cosa sencilla, fácil y segura, cuando en realidad hay un 40 por ciento de probabilidades de que no pueda volver a tener hijos la mujer que ha abortado. Por un aborto, la mujer paga un precio cuyo costo sólo con el tiempo verá lo que significa, según el famoso *Reporte Wynn*.

Declaración del Episcopado venezolano

EL ABORTO

Reconociendo la magnitud y la gravedad del problema mundial de la explosión demográfica; teniendo en cuenta que, con motivo de celebrarse en 1974 el «Año de la población», se están dando a la publicidad afirmaciones que prescinden de las normas más elementales de respeto a la vida y a la dignidad de la persona humana, los obispos de Venezuela nos creemos en el deber de adelantarnos a posibles desorientaciones con la siguiente declaración de principios:

El hombre es un valor al que Dios ama por sí mismo (*Gaudium et spes*, 24). Y lo ama tanto que no sólo le da la vida natural, sino que le ofrece la misma vida divina para que él, aceptándola, llegue a su plenitud integral (cf. *Populorum progressio*, 16).

Este amor de Dios al hombre llega hasta encomendarle la misión sagrada de propagar y conservar la vida. Por ello el hombre debe aplicar su inteligencia a la búsqueda de los medios más eficaces que no sólo salvaguarden la vida, sino que la hagan más feliz en la tierra.

Ante esta visión de la dignidad del hombre, llamado a participar de la vida de Dios (*Gaudium et spes*, 19), no podemos menos de ver con consternación cómo se ponen en contra del hombre los medios del progreso y de la ciencia, y se proclama, sin pudor y sin respeto a la dignidad humana, como una de las soluciones más eficaces a los múltiples problemas que hoy confrontamos, la legalización del aborto.

Ante este hecho, nosotros los obispos de Venezuela, llamados a enseñar la palabra de Dios, rechazamos con toda la fuerza que nos da nuestra autoridad Episcopal —autoridad que es servicio— las doctrinas seudocientíficas y anti-humanas que defienden la legalización del aborto, *crimen abominable*, como lo llama el Concilio (*Gaudium et spes*, 51), crimen que se ensaña cruelmente con seres indefensos. Alertamos, pues, para que nadie se deje llevar de estos criterios destructores de nuestro pueblo.

Igualmente vemos con estupor cómo no se duda en

proponer como método lícito de control de natalidad la esterilización humana, que suprime la capacidad de transmitir la vida, «el don más excelente del matrimonio» (*Gaudium et spes*, 50), y lleva al ser humano a una profunda frustración.

La solución a los problemas demográficos no es, pues, la legalización del aborto ni la esterilización. Esa solución vendrá con el ejercicio de una *paternidad responsable* a la que se llega con la educación y promoción integral de todo el hombre y de todos los hombres, y con una sana educación familiar, ya que la familia es la primera escuela del hombre.

La justicia social, a todos los niveles, exige el uso racional y decoroso de los bienes de la tierra, de la técnica y de la ciencia, de los poderosos medios de comunicación social, poniéndolos al servicio del hombre para hacerlo más hombre. La misma justicia social exige que no se empleen para estimular los instintos primarios del sexo, del que se quiere hacer centro de la vida humana.

¿Con qué autoridad se puede hablar contra el genocidio, contra la guerra, cuando se intenta legalizar la matanza en masa de seres indefensos e inocentes, que tienen derecho a la vida?

¿No será esta actitud egoísta de desprecio a la vida del hombre lo que provoca en una parte de nuestra juventud el complejo de frustración, que la lleva a la lucha contra nuestra sociedad a la que quiere destruir?

Hacemos un llamado a todas las personas de buena voluntad y, en especial, a los profesionales de la medicina, a los padres y madres de familia, a nuestras autoridades ejecutivas, legislativas y judiciales, para que tomen una actitud de alerta ante la campaña insidiosa que este «Año de la población mundial» se intensificará para lograr imponer en nuestro país una política demográfica antihumana y antinacional, que va contra los principios del Evangelio y de los legítimos derechos de la persona humana.

Caracas, 12 de enero de 1974

Firman el Presidente de la Conferencia Episcopal, mons. Crispulo BENÍTEZ FONTURVEL, arzobispo de Barquisimeto, con todos los arzobispos y obispos del país.

L'Osservatore Romano

CONTRA EL ABORTO, EL DIVORCIO Y EL CONTROL ILÍCITO DE LA NATALIDAD

El aborto, el divorcio y los anticonceptivos han sido el tema central de una importante alocución que dirigió Pablo VI al Comité pontificio que se ocupa de la familia.

En una hora nada propicia a la disciplina moral, cuando por iniciativa —cuando menos aparente— de un sector de la juventud emancipada, se saltan las barreras del pudor y la crisis de la familia se agudiza con el tremendo recurso al divorcio, con la limitación innatural de la natalidad y con la práctica del aborto, el Papa, al levantar contra los actuales vientos de hedonismo, la bandera de la austeridad y la pobreza cristiana, nos da, con su magisterio, un ejemplo de fortaleza y de sinceridad.

Frente al drama tan frecuente y doloroso del divorcio Pablo VI no hace más que recordarnos una doctrina perenne y actual cual la del Evangelio; ante la marea cre-

ciente de los anticonceptivos sólo tiene que referirse a la total vigencia de la «*Humanae Vitae*» —que el Papa mantuvo en la Asamblea de las Naciones Unidas—, con la que la sociedad opulenta pretendió escandalizarse y sentirse desafiada. En el caso de la práctica, cada vez más frecuente, del aborto, es lógico que algunas voces ciertamente autorizadas lamenten, aunque sólo en nombre de la ciencia, que el Papa tenga que salir por los fueros más elementales de la ley natural.

Este discurso del Papa coincide con las tensiones religioso-políticas desencadenadas en Italia por la ley que abre las puertas del divorcio y que muchos ciudadanos quieren revisar y suprimir; por ello alude a la situación de aquel país y quiere que sean no las jerarquías eclesiales, sino los miembros de la sociedad civil los que se enfrenten en nombre de sus responsabilidades cívicas y su conciencia cristiana, con el problema.

Es posible que el Papa pensara, al hablar del aborto, en la situación creada por los gobernantes de algunos países que, deslizándose por la pendiente de la demagogia, autorizan, más o menos explícitamente tan trágico abuso, sin contar para ello con la opinión de la mayoría de los ciudadanos. El caso es claro en varios Estados de Norteamérica cuya opinión pública manifestada a través de encuestas y referendums es contraria en un setenta por ciento al aborto y en cambio se ha implantado la licitud legal de tan inmoral práctica.

Lo propio parece ocurrir en la Alemania federal donde la velada cobardía de algunos dirigentes tiende a legalizar el aborto, permite que se difunda y orqueste en la TV «el derecho de la mujer de disponer de su embarazo» y simpatiza, en la práctica, con manifestaciones callejeras en las que masas de chicas adolescentes claman por la anarquía moral: «niños sí o no, esto lo decido yo».

En su alocución, Pablo VI se dirige primordialmente a los cristianos; no fulmina anatemas ni condena estos abusos con frases duras; va a la raíz del mal; es preciso vivir el sentido cristiano de la familia; hay que enamorarse del concepto y la realidad del hogar cristiano, hay que ver y valorar con los ojos de la fe, el matrimonio sacramental que es una comunidad de vida y de amor, y un centro abierto a otras comunidades donde se forjan las energías capaces de tejer los vínculos de la vida social que pueden transformar este mundo en una comunidad de hermanos.

«El hogar es el lugar privilegiado del amor», manifestó el Pontífice, «de la comunión óptima de las personas, del aprendizaje de una entrega continua y progresiva entre los esposos, que deben poder apoyarse firmemente sobre la unidad y la indisolubilidad de su unión».

El Santo Padre puso especial énfasis al calificar el «hogar como lugar de acogida de la vida. Una misión urgente es la de formar a los esposos para una paternidad y una maternidad responsables, ayudarles sobre todo a vivirlas. Una responsabilidad similar parece hoy muy difícil de ejercer. Pero se trata efectivamente de no desviar artificialmente de su fin el acto procreador y más aún de no interrumpir la vida del ser humano concebido».

«Felices aquellos —añadió el Santo Padre— que se esfuerzan así en el respeto del amor y de la vida como dones de Dios. Nos, felicitamos vivamente a los médicos, a los educadores, a los sacerdotes que ayudan a los matrimonios a seguir el camino exigido».

R. C.

H. D. Barcelona

*EL DOCTOR PALOU
informa sobre la escuela femenina de A.T.S.
del hospital San Juan de Dios*

En el hospital San Juan de Dios de Barcelona, se ha reconocido oficialmente una escuela de A.T.S. femenina. Cuando este número de LABOR HOSPITALARJA, llegue a manos de nuestros lectores, estarán a punto de celebrarse los exámenes de las alumnas que han tomado parte en el primer curso impartido en esta escuela femenina. Con este motivo, ya que la conciencia popular actual vibra con el déficit que de dicho personal existe en el país, hemos solicitado de su director, el doctor A. Palou Sanromá, que nos diese algunos detalles sobre las características más fundamentales de la misma.

—*Doctor Palou ¿cuándo inició sus actividades esta nueva Escuela?*

—La escuela de A.T.S. femenina nos fue reconocida oficialmente por el Ministerio de Educación y Ciencia, en el mes de noviembre pasado, y comenzó sus actividades a primeros de enero de acuerdo con las nuevas normas del calendario escolar instituidas por la Universidad Central de Barcelona, de quien dependemos.

Oficialmente se inició el curso el día 9 de enero en un emotivo acto inaugural celebrado bajo la presidencia del hermano Ramón Ferreró, provincial de la orden hospitalaria y del profesor Obiols, decano de la Facultad de Medicina. Asistió también nuestro catedrático inspector, profesor Gibert Queraltó y pronunció la lección inaugural el doctor J. Plaza, director médico de nuestro hospital.

—*¿Podría usted decirnos por qué se solicitó el reconocimiento oficial de esta escuela?*

—En el ánimo de todos está no sólo la falta de A.T.S. recién graduados que tengan interés por la dedicación hospitalaria, sino también la falta, en ocasiones absoluta, de preparación para dicho cometido.

Consciente de este grave problema la orden hospitalaria de san Juan de Dios quiere colaborar en lo posible a paliar esta situación. No sólo por lo que respecta a nuestro interés privado, ya que necesitamos gran número de personal preparado para nuestros hospitales, sino también intentando contribuir a la solución de este gran problema social, aportando nuevos elementos preparados por un lado e intentando por otro llegar a constituir una escuela piloto de A.T.S., que sirviese como orientación y guía de lo que nosotros entendemos es la verdadera formación profesional.

—*En su opinión ¿Qué características debe tener un A.T.S. en nuestra época?*

—En mi opinión la profesión de A.T.S. está totalmente desenfocada y desfasada en nuestro país.

El avance tecnológico que ha experimentado la medicina en los últimos años exige una preparación del personal de enfermería que, valga la redundancia, no es sólo de tipo técnico. La técnica moderna no es sólo de índole material.

De todos es sabida la definición que la O.M.S. da de la salud: «El perfecto equilibrio físico, psíquico, social y religioso del individuo». Pues bien, ayudar al hombre enfermo a recuperar la salud perdida, exige hoy en día una preparación de tipo integral.

Hasta ahora hemos dado una preparación a los A.T.S. que ha sido una mini-medicina, y además precaria. No se trata de esto. Debemos darles una preparación total según los principios apuntados, y otorgarles unos conocimientos en organización hospitalaria fundamentalmente, que lleven consigo la casi creación de una nueva profesión que marcharía al lado del profesional de la medicina en la atención al enfermo.

Como ve usted, estos conceptos están en absoluta discordancia con las opiniones de algunas autoridades académicas del país que opinan es necesario suplir *la calidad por la cantidad* en el problema actual de déficit de enfermeras. Yo creo que es necesario formar para que los demás sigan formando, y no seguir en el círculo vicioso de continuar deformando y acentuar cada vez más el problema con el aumento masivo de profesionales mal formados.

A mi juicio el déficit de personal auxiliar en los hospitales debe suplirse a través del reconocimiento oficial de un nuevo título: el auxiliar sanitario.

—*¿Qué enseñanzas se imparten en la escuela?*

—Por el momento se dictan únicamente los cursos correspondientes a la profesión general de Ayudante Técnico Sanitario, y también algunos de auxiliares en colaboración con el P.P.O. del Ministerio del Trabajo.

En cuanto a los estudios generales de A.T.S. me gustaría hacer resaltar el absoluto anacronismo de los programas oficiales. Por este motivo la escuela después de seguir rigurosamente los mismos ofrece a nuestros estudiantes unas disciplinas complementarias basadas en ciencias sociales, psicológicas y de la administración hospitalaria que han sido plena y voluntariamente aceptadas por ellos una vez convencidos de la absoluta necesidad de las mismas si se pretende de ellos una preparación adecuada.

A lo largo del curso académico se han programado además siete seminarios cuya temática es variada y esperamos sean de general interés para los alumnos. Hasta ahora se han celebrado uno sobre Cuidados pre-postoperatorios y otro sobre Unidad de Cuidados Intensivos, que han tenido gran aceptación entre los alumnos.

Con previa inscripción, y si hay plazas sobrantes, estos seminarios están abiertos a cualquier persona interesada aunque no sea de nuestra escuela. Hasta fin de curso están previstos los siguientes temas: Dietética y nutrición, Trabajo en equipo en el hospital, Drogas y alcoholismo, Hematología general, Historias clínicas e identificación del paciente. Están dirigidos por un profesor especializado.

Yo personalmente diría, que no sólo en esta profesión sino en todas las demás, el gran problema hispano es la falta de *profesionalidad*, y ésta es en mi opinión lo que debemos ofrecer e inculcar: formación profesional integral y responsable.

Además de estas enseñanzas generales, tenemos prácticamente concedida la escuela de especialización psiquiátrica, y esperamos obtener en plazo no lejano las de pediatría, fisioterapia, laboratorio y radiología. Enseñanzas todas ellas muy fáciles de impartir en nuestro hospital de servicios superespecializados.

—¿Querría usted decirnos con qué personal directivo, aparte de usted cuenta la escuela?

—Mi labor de organización general dentro de la misma no sería posible sin compartir la dirección con dos personas indispensables por su preparación y dedicación en el campo de la enfermería. El hermano Cecilio Eseverri al encargarse de la dirección de estudios ofrece a la escuela lo mejor de una clara visión de lo que debe ser y cómo debe formarse un A.T.S.; a su vez el hermano Alfonso Mendioroz encargado de la dirección administrativa orienta constantemente el ya complicado engranaje de nuestra organización. Tenemos también la gran satisfacción y suerte de contar con una serie de personas que componen el personal administrativo y docente, cuya preparación es absolutamente completa y eficaz.

—Y el personal docente ¿cómo está constituido?

—El cuadro de profesores está constituido en esencia por dos grupos, que aunque clásicamente tienen visión y preparación diferentes (teoría y práctica), en nuestra escuela intentamos su máxima integración.

Profesores de las asignaturas teóricas lo son en potencia todos los médicos de nuestro hospital, aunque fundamentalmente nos basamos en aquéllos con más juventud y mayor ilusión hospitalaria que dan a la escuela un ímpetu, una fuerza y un optimismo que está más de acuerdo con nuestra mentalidad. A.T.S. especializados tienen también temas teóricos a su cargo. Las materias que podríamos titular humanísticas están en manos de competentes especialistas.

Las disciplinas prácticas vienen dictadas y controladas por monitores A.T.S., en los cuales cifra la Dirección de la Escuela sus mayores esperanzas, ya que en mi opinión nadie está mejor preparado para formar a un A.T.S. que otro A.T.S. con suficiente capacitación.

Las prácticas son tan importantes para la escuela, naturalmente con la conveniente supervisión, que incluso las auxiliares de nuestro hospital matriculadas como alumnas están obligadas a cumplirlas en horas aparte de su trabajo laboral.

—¿Recibe la escuela algún tipo de ayuda oficial?

—Como ciudadano siento una gran vergüenza al tenerle que contestar que no. Sin embargo, como director de la misma, siento una gran satisfacción al manifestarle que gracias a las cuotas mensuales de los alumnos, que con su aportación privada demuestran una vez más el interés de nuestra juventud actual por su formación, podemos financiarnos casi en su totalidad. Si esto no fuera posible, la Orden Hospitalaria cubriría dicho déficit colaborando una vez más al desarrollo sociocultural del país y dando nuevamente prueba de que la iniciativa privada debe suplir en algunos casos aquellas funciones que no le son propias, aunque sólo sea para dar ejemplo de organización y servicio.

—Doctor Palou, hay un tema candente en la enseñanza de nuestros días. ¿Es usted partidario de la selección para el ingreso en la escuela?

—En este momento no hay lugar a mi opinión personal. Dirijo una escuela que momentáneamente está limitada por la falta de espacio físico y ha sido por tanto absolutamente necesario limitar el número de alumnos admitidos debido a la gran afluencia de aspirantes.

De todas maneras, y hablando en general, puedo decir que en mi opinión la profesión de A.T.S. es lo suficientemente específica como para exigir una serie de cualidades no sólo intelectuales sino también de tipo psicoafectivas a las personas que pretenden el ejercicio de la misma. Basándonos en este criterio intentaremos en años sucesivos, superadas nuestras limitaciones físicas, orientar convenientemente la selección de los aspirantes a ingresar en nuestra escuela. Debe pensarse además, que la limitación física viene dada fundamentalmente por el número de camas del hospital, ya que la enseñanza de A.T.S. debe de ser eminentemente práctica.

—En su opinión ¿cuál es el futuro de la escuela?

—No puede ser más halagüeño. El nuevo edificio que albergará a la misma está a punto de iniciarse en su construcción. Y aparte de que entonces estará completamente resuelto el problema de espacio vital para dar clases, tendremos una serie de servicios complementarios, salas de reunión, biblioteca, bar-club, etc., que me permiten sin lugar a dudas poder afirmar que con la ilusión que nos anima a todos, profesores y alumnos, y nuestro especial empeño en remontar la profesión de enfermería al nivel académico que le corresponde, llegaremos a tener la primera escuela de enfermería del país.

Todo ello en beneficio de una profesión cuya importancia es absolutamente vital para la total e integral atención al enfermo que es en definitiva el único y real fin que debemos perseguir todos los profesionales sanitarios.

—Finalmente y para terminar ¿desea añadir alguna otra cosa?

—Solamente aprovechar esta oportunidad para públicamente felicitar a la orden hospitalaria de san Juan de Dios por su clara visión del futuro al colaborar con sus hospitales y sus escuelas a resolver este gran problema que constituye en nuestro país la puesta al día de sus hospitales y del personal imprescindible para la marcha de los mismos.

Y privadamente dar las gracias a la junta de gobierno del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, especialmente a su director médico, doctor J. Plaza, a quien jamás podré agradecer bastante las enseñanzas que de él recibo constantemente y al presidente de la misma, el hermano J. A. Torre, por la gran confianza que depositaron en mí al ofrecerme la dirección de la escuela, la cual acepté desde el primer momento con la máxima ilusión ya que me daba una oportunidad más directa de colaboración a la moderna reestructuración hospitalaria de la orden san Juan de Dios, y de nuestro propio país.

CURSO DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

En el mes de abril se inició en Tlalpan, México, el curso de actividades psiquiátricas dirigido por el doctor Guillermo Calderón, colaborador de LABOR HOSPITALARIA. El

curso está apoyado por la dirección general de Salud mental y la dirección general de Salubridad de la República.

Dicho curso se llevará a cabo en el auditorium de la clínica San Rafael, durante los meses de abril a noviembre del presente año. El curso constará de siete materias, siendo seis de tipo teórico y una última escrita sobre comunicación que será entregada mimeografiada a los asistentes.

Las direcciones generales de Salud Mental y de Salubridad entregarán un diploma a los asistentes.

PROGRAMA

Ceremonia Inaugural del curso, por el doctor Carlos Campillo.

De la Psiquiatría Mágica a la Psiquiatría de la Comunidad, por el doctor Guillermo Calderón.

Plan Nacional de Salud Mental, por el doctor Ulises Iturbe.

Antecedentes de la Antropología, por don Héctor Borbolla.

Nociones preliminares de la Estadística aplicada a la Salud Pública, por don Hugo Elorriaga Maguregui.

El programa piloto del Centro de Salud Comunitario San Rafael, por el doctor Guillermo Calderón.

Antropología Social y Psiquiatría, por don Héctor Borbolla.

Concepto de Salud Mental, por don Rafael Velasco.

El estudio del Comportamiento Humano (medidas y parámetros), por don Héctor Borbolla.

Nociones sobre la presentación de datos estadísticos, por don Hugo Elorriaga Maguregui.

Características de los programas en países socialistas (URSS), por el doctor Guillermo Calderón.

Teoría y Práctica Antropológica, por don Héctor Borbolla.

Análisis e interpretación de datos, por don Hugo Elorriaga.

El papel del Psiquiatra en los Programas de Salud Mental Pública, por el doctor Antonio Martínez.

Corrientes actuales en la Antropología Social, por don Héctor Borbolla.

Nociones preliminares de la Epidemiología, por don Hugo Elorriaga Maguregui.

Características de los programas en los países capitalistas, por el doctor Guillermo Calderón.

La Antropología Social en México, por don Héctor Borbolla.

La Estadística y la Epidemiología, por don Hugo Elorriaga.

El papel del Psicólogo en el Programa, por doña Magdalena Fontecilla.

Método Científico, Historia de la Ciencia, por el doctor Gabriel Heredia.

El Fenómeno Demográfico, por don Hugo Elorriaga Maguregui.

El papel de la enfermera en el programa, por doña Marisela Juárez.

Terminología científica, por el doctor Gabriel Heredia Díaz.

La clasificación internacional de enfermedad de la OMS, por don Hugo Elorriaga.

El papel del Trabajador Social en el Programa, por las señoras María Teresa Garduño y María del Pilar Pérez.

Clasificación de la ciencia, por el doctor Gabriel Heredia Díaz.

Los capítulos Psiconeurológicos de la clasificación Internacional de enfermedades, por don Hugo Elorriaga.

Farmacodependencia, por el doctor Guillermo Calderón.

Determinismo e indeterminismo, por el doctor Gabriel Heredia.

Morbilidad oficial sobre problemas Psiconeurológicos (Dirección General de Salud Mental), por don Hugo Elorriaga.

Aspectos legales relacionados con la Salud Mental Pública, por el doctor A. Gamiochipi.

Método científico, por el doctor Gabriel Heredia.

Salud Pública y Salud Mental Pública, por el doctor Carlos Pérez.

Psiquiatría Comunitaria en el Centro de Salud «Doctor José María Rodríguez», por el doctor Antonio Cuevas.

Métodos estadísticos (I), por el doctor Gabriel Heredia.

La Psiquiatría Social, por el doctor Germán Méndez.

Psicosis y Neurosis, por el doctor Guillermo Calderón.

Métodos estadísticos (II), por el doctor Gabriel Heredia.

Vigilancia de las personas sanas, por el doctor Carlos Martínez.

Depresión, por el doctor Guillermo Calderón.

Programa de Salud Mental de la Dirección General de Salud D. F., por el doctor Andrés Santos.

La Antipsiquiatría en México, por el doctor Germán Méndez.

Talleres protegidos, por el profesor Ignacio M. del Castillo.

Técnicas de Acercamiento a la Comunidad, por el doctor Antonio Cuevas.

La Psiquiatría Política, por el doctor Germán Méndez.

Clausura del Curso. Director General de Salud Mental, doctor Rafael Velasco.

XIV CURSO DE LEPROLOGÍA PARA MISIONEROS Y AUXILIARES SANITARIOS Sanatorio de Fontilles 30 de septiembre-26 de octubre 1974

Nociones generales sobre Patología. Enfermedad infecciosa. Infecciones localizadas y generalizadas. Agentes causales de las infecciones y parasitosis. Medios de defensa del organismo. Epidemias y endemias. — Atenciones y cuidados generales que los auxiliares sanitarios y misioneros deben prestar a los enfermos. Nociones sobre la forma de interrogar a los enfermos. Redacción de la historia clínica. — Nociones generales sobre anatomía y fisiología del hígado, riñón, bazo, glándulas suprarrenales y sistema retículo endotelial. — Nociones generales de semiología dermatológica. Lesiones elementales macroscópicas de la piel. Eflorescencias secundarias. Fisiología cutánea. — Síntomas objetivos y subjetivos de las dermatosis. Pruebas dermatológicas. Trastornos de la sensibilidad y forma de explorarlos. Terapéutica dermatológica. — Concepto general de la lepra en el pasado y en el presente y epidemiología de la lepra. — Ordenación de los datos para facilitar la confección de las estadísticas. Bioestadística aplicable a la lepra. — Bacteriología. Cultivos. Inoculaciones. — Patología general de la lepra. — Estudio inmunológico de la lepra. — Nociones elementales de histopatología cutánea y neural de la lepra. — Histopatología de las lesiones: gan-

gliconares, viscerales, endocrinas, etc. — Diferentes formas clínicas de la lepra. — Manifestaciones iniciales de la lepra. — Manifestaciones cutáneas de las diferentes formas clínicas. — Manifestaciones nerviosas. Alteraciones de la sensibilidad. Alteraciones motoras. Parálisis, contracturas y deformidades. — Leprorreacciones. Patogenia y formas. — Manifestaciones bucofaríngeas, nasales y laríngeas. Manifestaciones oculares y sus consecuencias. — Lesiones óseas y articulares. — Lepra visceral y endocrina, evolución de la lepra. — Diagnóstico de la enfermedad y de sus formas clínicas. Diagnóstico diferencial con otras enfermedades. — Exploraciones de laboratorio necesarias para el diagnóstico, curso clínico y valoración del tratamiento y pronóstico. — Pronóstico, curabilidad. Posibilidad de la erradicación de la lepra. — Tratamiento de la lepra. — Tratamiento de las leprorreacciones y otras complicaciones. — Tratamiento fisioterápico. Rehabilitación. — Tratamiento quirúrgico correctivo de deformidades y mutilaciones. Cirugía cutánea y ortopédica. — Profilaxis de la lepra. a) Educación sanitaria. b) B.C.G. c) Quimioprofilaxis. d) Tratamiento de los enfermos. e) Medidas higiénicas generales. — Organización de las campañas antileprosas. — Educación y orientación laboral. Reeducación, rehabilitación y readaptación social de los enfermos.

EL HOGAR, BASE DE LA SALUD DE LA BOCA

Es corriente que el 95 por 100 de una población presente caries que afectan a diez o quince dientes por persona hacia la edad de veinte años, de acuerdo con el número correspondiente al mes de diciembre de «Salud Mundial», revista de la Organización Mundial de la Salud.

Aun cuando existen unos quinientos mil dentistas en el mundo, hay por lo menos 60 países que tienen tan sólo un dentista por cada 20.000 habitantes. Estas cifras se basan en datos comunicados en 1969 por 130 países. La proporción, sin embargo, apenas ha cambiado desde entonces, pero existe un afán por mejorar dicha situación y muchos países están intentado proporcionar más asistencia odontológica a sus poblaciones.

«La salud oral comienza en el hogar, en la temprana infancia o incluso antes», escribe el doctor John C. Greene, del Departamento de Sanidad de los Estados Unidos.

La probabilidad de caries dental en el niño en edad escolar es revisada por el profesor Bertram Cohen, de Londres, el cual informa también acerca de las posibles causas, las medidas preventivas y la actual investigación.

Los estudios acerca de la caries en la Unión Soviética son descritos por el profesor Anatoly Rybakov, de Moscú.

Las enfermedades periodontales o de las encías son la segunda causa más importante de mala salud oral, después de la caries. Afectan aproximadamente a nueve de cada diez adultos en multitud de países y atacan a las estructuras de sostén situadas en torno al diente: al hueso y a la encía. La necesidad de higiene oral personal y de asistencia profesional en la prevención de enfermedades de las encías es destacada por el doctor Vladimir Rudko, de la Organización Mundial de la Salud.

Los dientes «permanentes», al igual que otras partes del cuerpo, están destinados a durar toda la vida, pero continúa siendo dudosa la supervivencia de los dientes humanos en los últimos años de la vida, siendo extremadamente común la pérdida de varios de ellos o incluso de todos.

Más de quinientas enfermedades orales, incluyendo el cáncer de la boca, constituyen amenazas para la salud en su conjunto.

Resulta cada vez más claro que los dentistas no pueden realizar por sí solos tan magna tarea y una amplia variedad de profesiones odontológicas están abiertas para los jóvenes en multitud de países, de acuerdo con el doctor T. Du-rocher, de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania.

LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD

Acaba de aparecer el complemento musical al folleto LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD, publicado hace algún tiempo en LABOR HOSPITALARIA.

El trabajo musical que ha realizado el hermano José Jordán, O. H. es una aportación nueva de la pastoral hospitalaria que intenta vivir en cristiano la enfermedad.

Así que se tengan en LABOR HOSPITALARIA los primeros ejemplares del nuevo cantoral, de gran interés para todo el personal que convive junto al enfermo, informaremos a nuestros lectores.

SESIONES DE INFORMACIÓN Y REFLEXIÓN

En la ciudad de Barcelona. Se han celebrado una serie de sesiones de información y reflexión sobre la pastoral sacramental de los enfermos. El programa se desarrolló en la Facultad de Teología. Los temas tratados fueron: El sacramento de la unción de los enfermos, por el padre Farnés. Psicología del enfermo, por J. M. Tubau. El nuevo ritual de la unción, por el padre Tena. El nuevo ritual del viático, por J. Oriol. La pastoral de los enfermos, por S. Alemany y María Vilarroya. La pastoral de los enfermos en la diócesis de Barcelona, por M. A. Terribas.

MISIÓN CUARESIMAL EN UN SANATORIO PSIQUIATRICO

Se ha celebrado la santa misión en el sanatorio psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar en la que participaron la mayoría de enfermos mentales que reciben asistencia en el sanatorio de Zaragoza.

El clima espiritual que cultivan entre los enfermos y personal sanitario, las hermanas de Santa Ana y el capellán don José Solanes ha hecho posible que este acto misional reportara frutos espirituales, muy abundantes en los enfermos allí atendidos.

El acto de clausura fue presidido por el señor arzobispo don Pedro Canteros. La prensa de la ciudad se hizo eco de la repercusión que ha tenido este acto espiritual entre todo el personal del sanatorio.

ENTREGA DE DIPLOMAS

Tras un largo período de preparación, 83 alumnos de la escuela de enfermeros que los hermanos de san Juan de Dios dirigen en Roma, han recibido el diploma de enfermeros genéricos que les ha habilitado para realizar los trabajos de enfermería.

La escuela Fatebenefratelli lleva ya realizando cursos similares, desde hace 16 años.

El acto de entrega de diplomas se celebró en la villa San Pedro con gran solemnidad.

SYMPOSIO PROVINCIAL DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS

120 ayudantes técnicos sanitarios, inscritos al colegio oficial de Murcia, han tomado parte en el primer symposio de empresa celebrado en Cartagena.

ESTIMULADORES CARDIACOS

Por su fácil injerto y también por los resultados positivos que se vienen consiguiendo desde hace tiempo, sobrepasa del centenar, los estimuladores que se injertan a diario en todo el mundo.

El paciente lleva el aparato regenerado con pilas, consciente que es el simple aparato el que sostiene su vida y sabiendo que ésta depende exclusivamente de un perfecto funcionamiento.

ESCUELA PROFESIONAL DE PSIQUIATRÍA

En el Hospital-Asilo de la Beata Mariana de Jesús, de Madrid, ha tenido lugar la inauguración oficial de la Escuela Profesional de Psiquiatría para A.T.S., dependiente de la Facultad de Medicina de Madrid.

La lección inaugural fue pronunciada por el doctor don Manuel Díaz-Mor, director de la misma Escuela, y versó sobre «Historia de la Psiquiatría y papel de la A.T.S.P. en la asistencia psiquiátrica actual».

JORNADAS HISPANO-AMERICANAS DE AUDIOLOGÍA

De los días 15 al 19 de abril de 1974, ambos inclusive, tendrán lugar en el Centro Municipal Fonoaudiológico, Parque de Montjuich, Barcelona-4, unas jornadas de Audiología con amplia participación internacional.

INAUGURACIÓN DEL INSTITUTO DE REUMATOLOGÍA DE LA CRUZ ROJA

Este centro, primero español dedicado exclusivamente a la especialidad, está ubicado en un edificio de cinco plantas y 1.500 metros cuadrados, dotado con los más modernos adelantos en terapéutica y rehabilitación de enfermos. Cuenta con 18 camas para hospitalización.

ESCUELA DE PSIQUIATRÍA

Ha dado comienzo en San Baudilio el primer Curso de Psiquiatría para Postgraduados. La enseñanza se imparte indistintamente en el Hospital de Hombres y en el de Mujeres, pues ambos forman una única Escuela que trabaja en colaboración con la Cátedra de Barcelona, y que puede dar el Título de la especialidad.

UN MILLÓN DE MINUSVÁLIDOS

En la actualidad, se trabaja en España con empeño para encauzar con cierta garantía de éxito la ayuda a más de un millón de minusválidos registrados en la nación.

Conscientes de las posibilidades que hoy pueden conseguirse, son muchas las entidades que han aceptado trabajar para lograr el máximo de apoyo a los subnormales. De éstos, el 13 por 100 están ya en instituciones oficiales. El 60 por 100, en centros privados y el 20 por 100, en centros religiosos.

PREMIO RAGUSANT 1974

Los Laboratorios Ragusant, S. A. convocan un premio dotado con la cantidad de 1.000.000 de pesetas para el mejor trabajo presentado sobre el tema de Hipernutrición parenteral total en el adulto, y realizado en nuestro país.

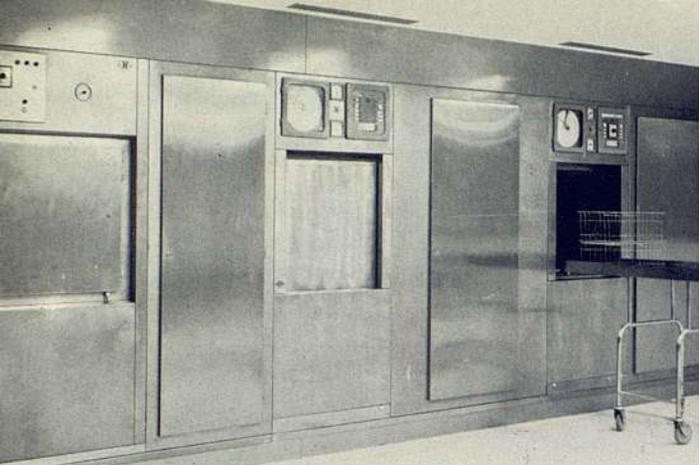
BASES

Podrán acudir a este premio todos los Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía, en ejercicio, de nacionalidad española, bien individual o formando equipo. — Los trabajos, aun con los datos o antecedentes bibliográficos precisos, deben ser, exclusivamente, sobre experimentación clínica, y recoger las investigaciones y experiencias personales de cada autor, no admitiéndose trabajos de recopilación. — Condición indispensable, es que los trabajos sean inéditos y no hayan sido presentados, previamente, como tesis doctorales, ponencias, comunicaciones, artículos, etc. — Los trabajos deben ir redactados en lengua española y con extensión máxima de 50 folios mecanografiados, a doble espacio y por una sola cara; pueden añadirse en los mismos toda clase de gráficas, fotografías, dibujos, esquemas, etc. — Solamente se admitirán los originales remitidos hasta el 31 de diciembre de 1974. — Se considerará autor del trabajo, si éste está realizado en equipo, al primer firmante del mismo. — Forzosamente el trabajo deberá versar sobre el enfermo adulto y cualquiera de los aspectos de Hipernutrición parenteral total, en Cirugía, Medicina, Traumatología, Neurocirugía, Oncología, Cuidados Intensivos, etc. — Se remitirán los trabajos sin firma ni rúbrica, ni cualquier otro signo de identificación del o de los autores, y por ejemplar triplicado. — La comunicación de los resultados y la entrega del premio tendrán lugar antes del 31 de marzo de 1975. — Todos los trabajos remitidos quedarán propiedad de Laboratorios Ragusant, S. A. que podrá publicarlos total, parcial, en forma de resumen y darles la difusión que crea oportuna. — Los trabajos, en sobre cerrado, con el sistema de lema y plica, se enviarán por correo certificado a Laboratorios Ragusant, S. A. Apartado de Correos 245, Mataró (Barcelona).

CAMBIO DE DOMICILIO

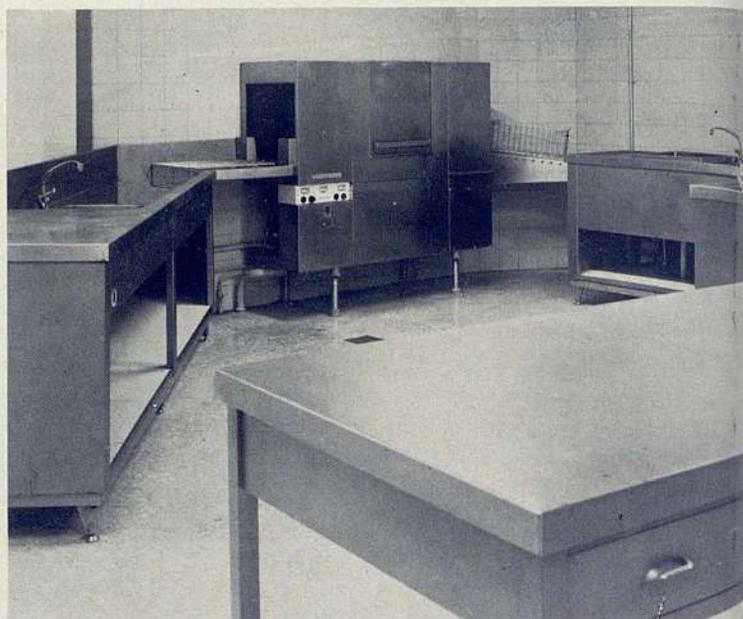
En la asamblea extraordinaria celebrada por la Asociación para el desarrollo hospitalario del distrito universitario de Barcelona, se comunicó que se ha procedido a cambiar el domicilio de la Asociación a Paseo de la Bonanova, 47, Barcelona-17.

Selección: ISABEL VILA
Voluntaria del hospital San Juan de Dios



Central de esterilización

Central de lavado



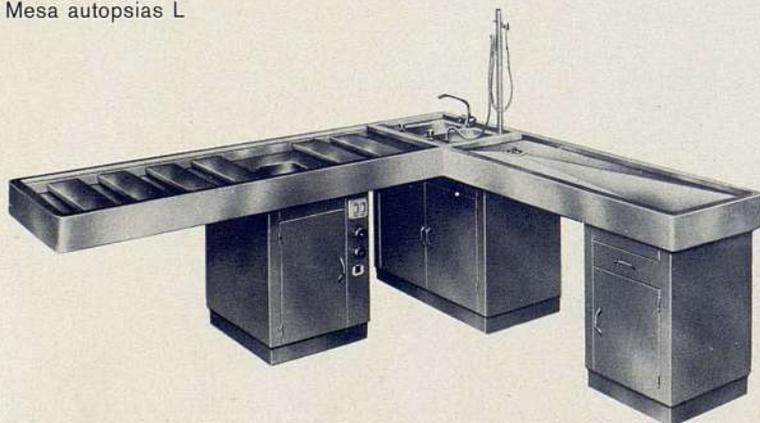
Instalaciones de:

- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- 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.

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"



Caja Confederada

A SU SERVICIO EN:

CENTRAL:

Rivadeneira, 6 / Plaza de Cataluña (Tel. 207.12.08)
Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31.
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubi
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)

Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1
Avda. Madrid, 90 / Juan de Sada
BADALONA:
Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas
PREMIA DE MAR:
Avda. 27 de Enero, 132

i Vale más quien sirve bien!

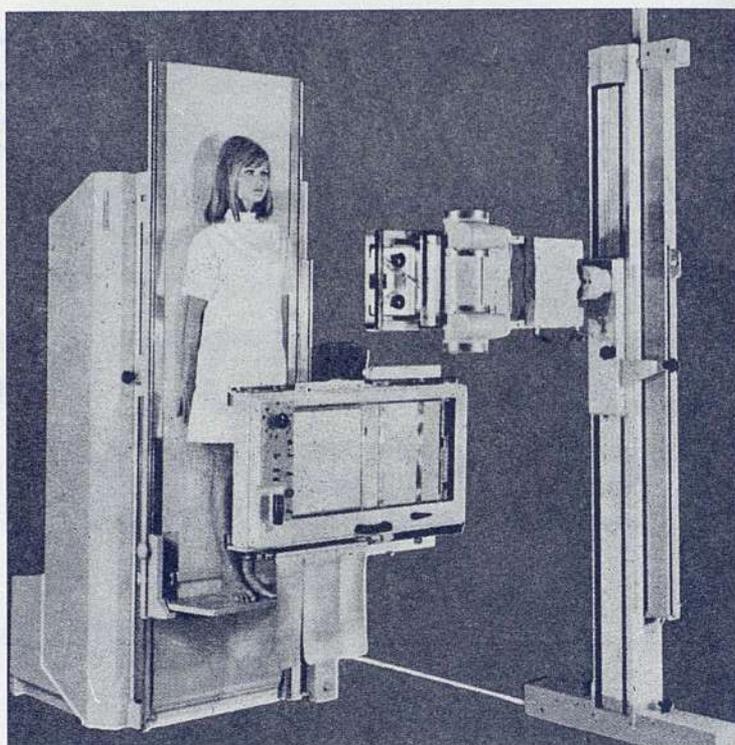
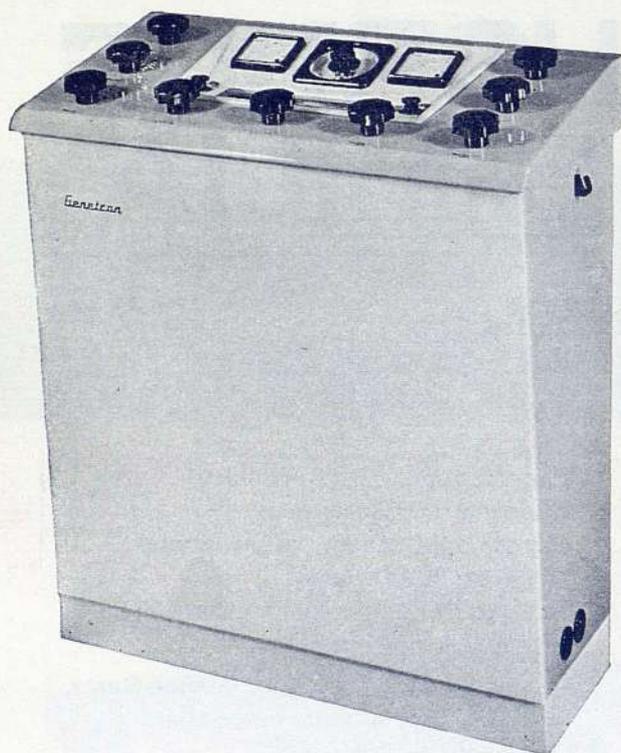
POR FIN...

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

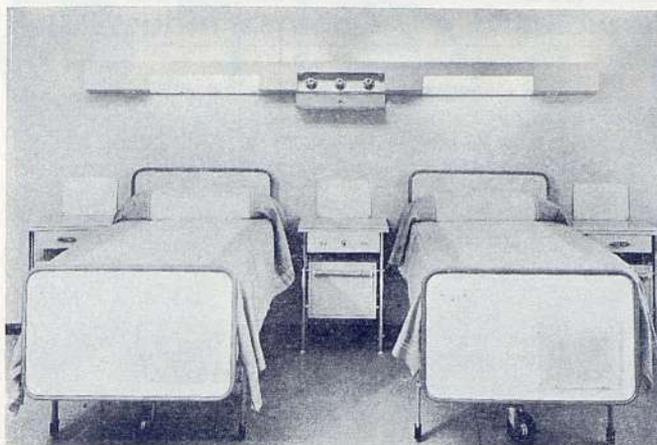
Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

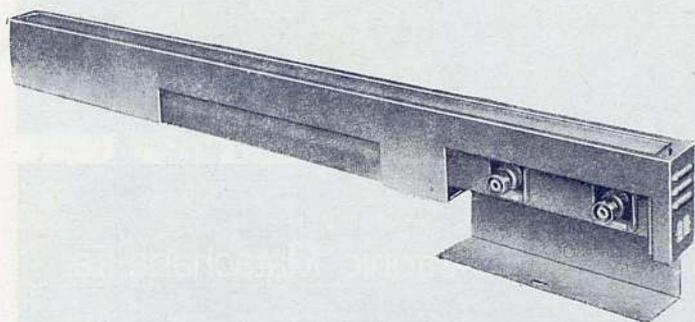
Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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

DIVISION MEDICA

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

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.



Tipo PL - 165

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

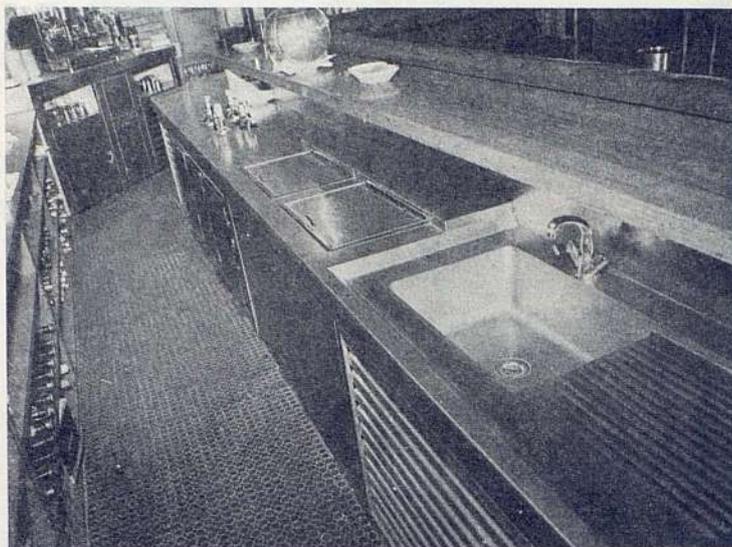
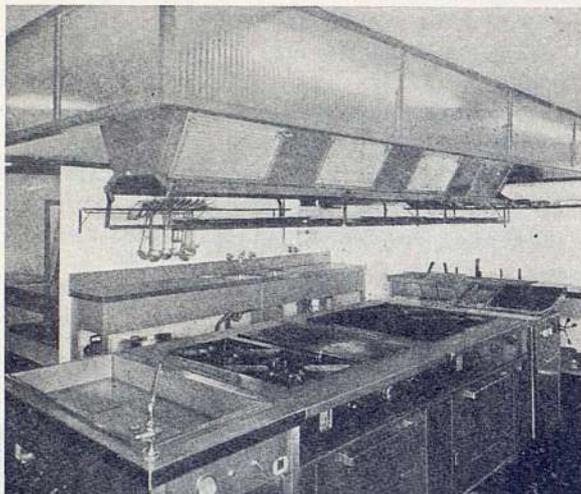
HOSTELERIA

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

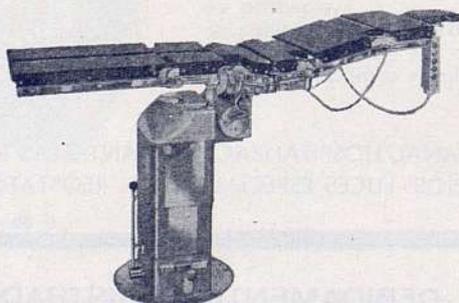
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



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

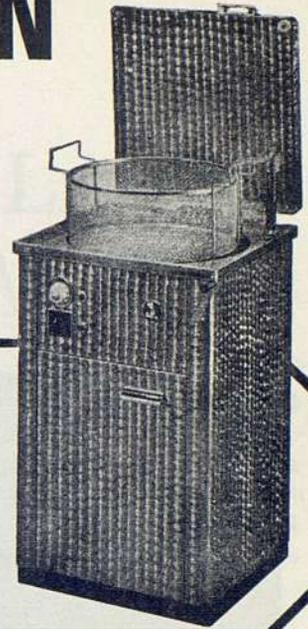
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

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

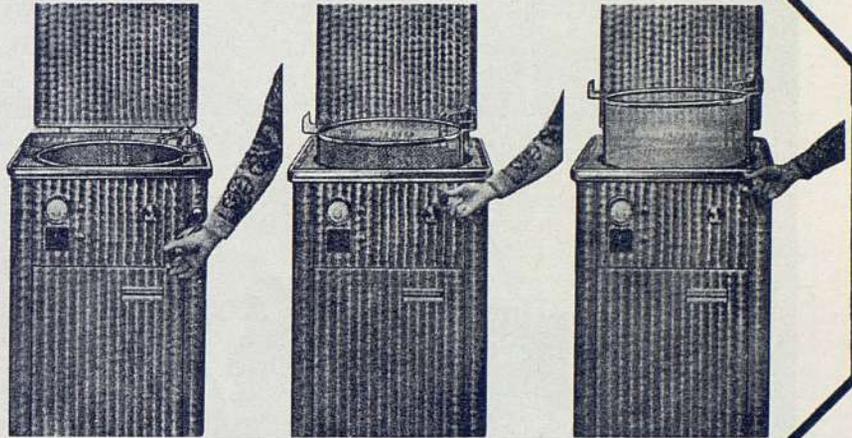
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

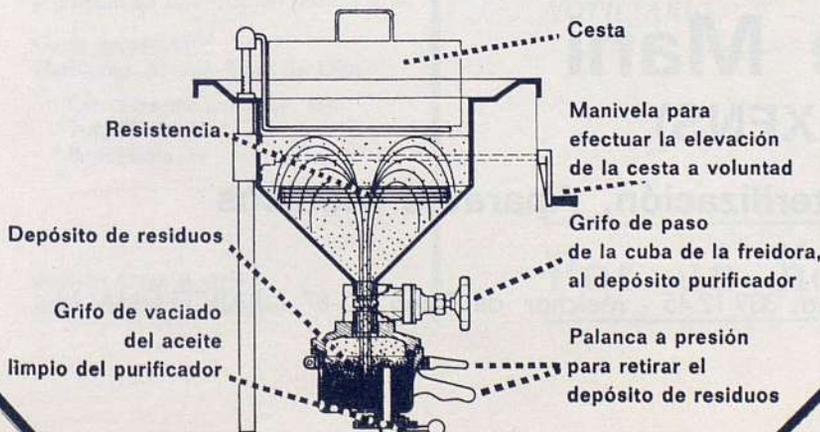
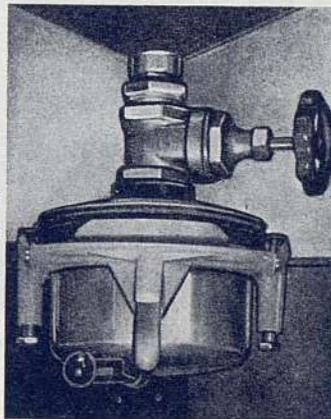
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

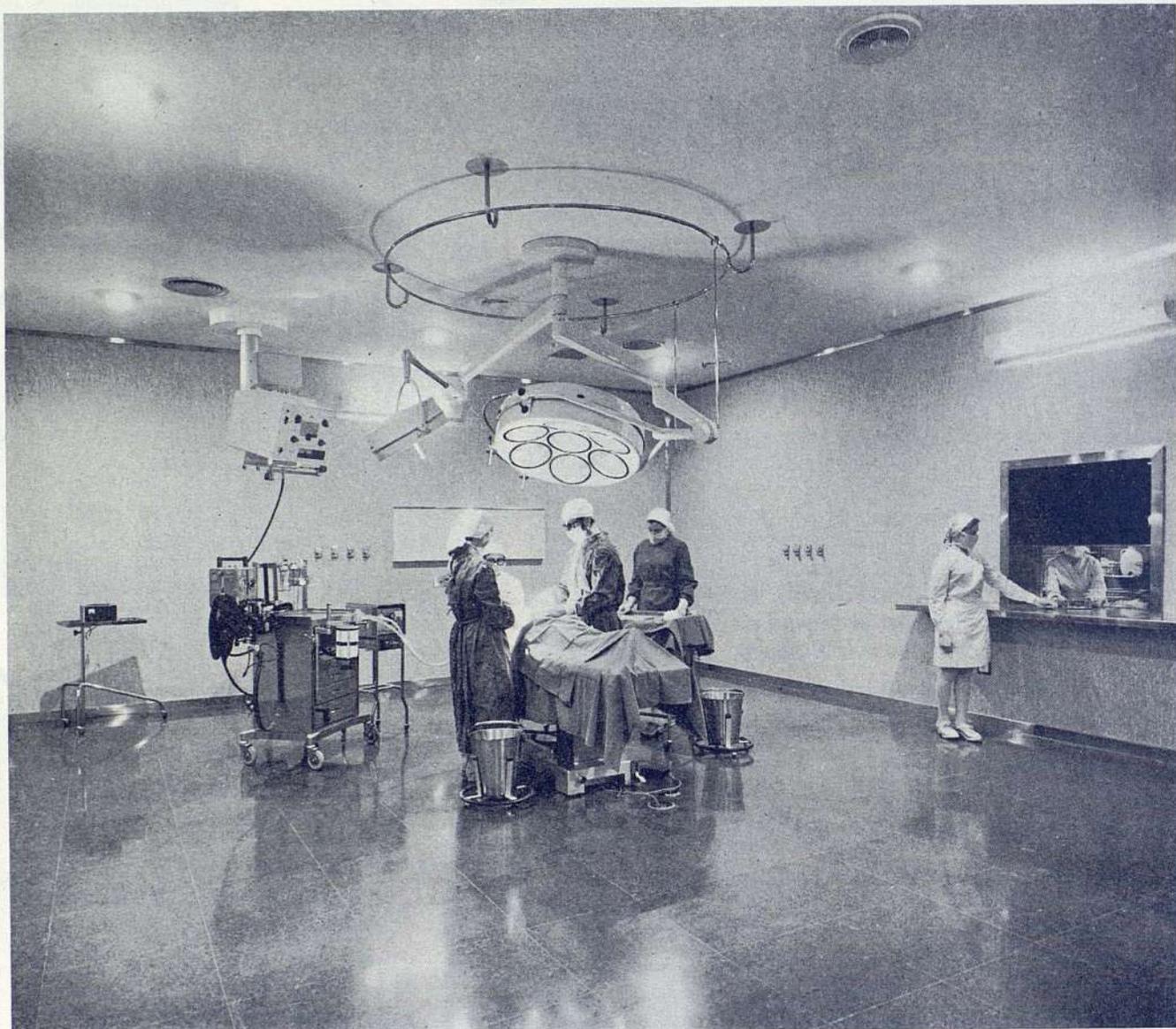
Don

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



**LIBRO
AZUL**
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los temas hospitalarios
que en el libro se recogen son
una valiosa aportación a la
organización del hospital moderno.

Pedidos a: Labor Hospitalaria - Carretera Esplugas, s/n - Barcelona 17

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	(Criocirugia)		Kretztechnik(Ecografia)		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



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)



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

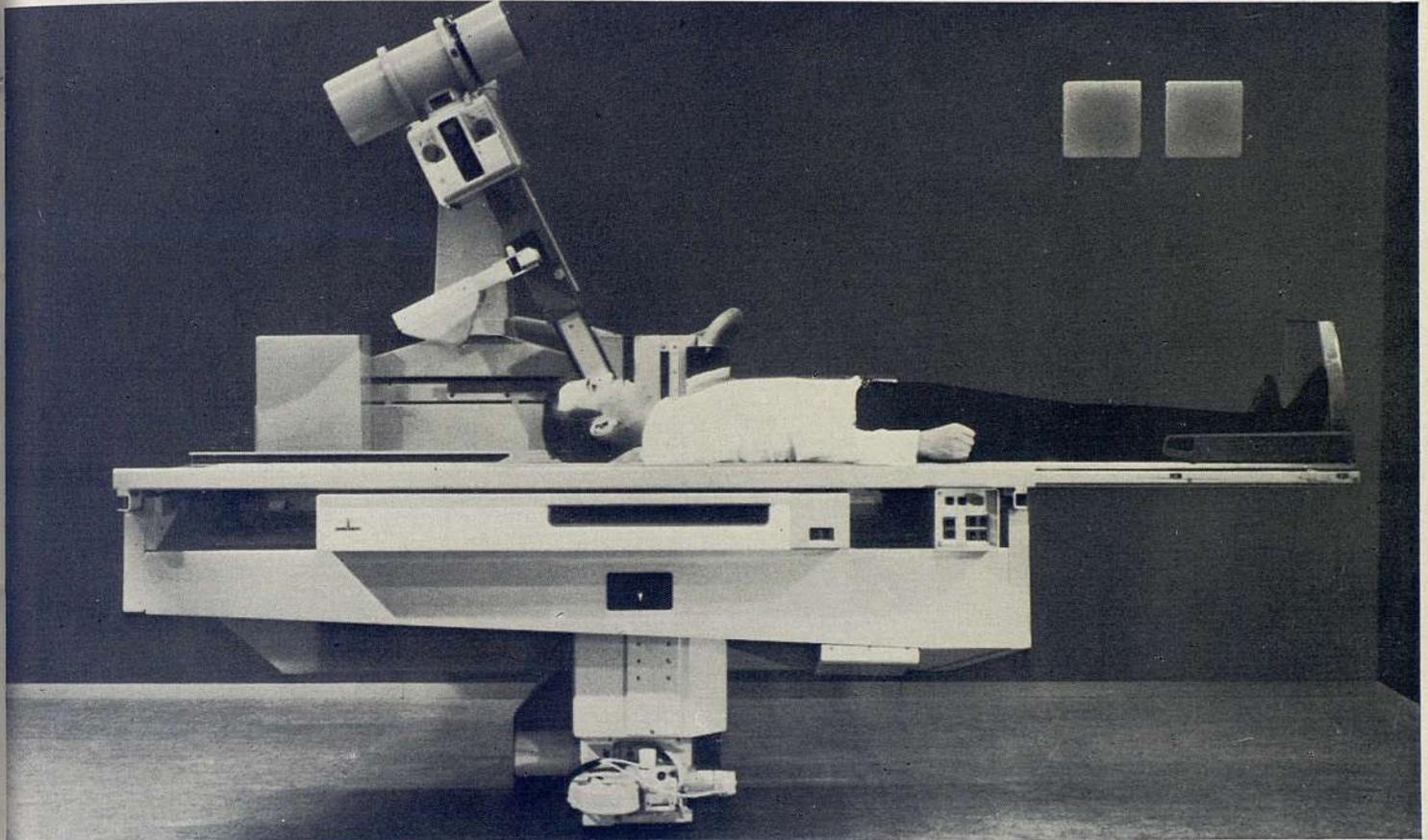
Teléfono 219 92 41

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