

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
BOR**

HOS

PISTA

LARTA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 28. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1975

Número 158 Volumen VII

Director

ÁNGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas
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
Tel. 205 40 00
BARCELONA 17

*EL ENFERMO ES EL ÚNICO QUE TIENE
TODOS LOS DERECHOS EN EL HOSPITAL* 150

Por Monseñor MANUEL CASARES HERVAS

EL MÉDICO ANTE LOS CONTRACEPTIVOS 157

Por el doctor GUILLERMO LÓPEZ GARCÍA

NIÑOS PARA QUEMAR 167

Por FÉLIX BARCELÓ

ENSEÑANZA PEDIÁTRICA AL POST-GRADUADO 169

Equipo de Pediatría San Juan de Dios

POR QUÉ Y PARA QUÉ 172

UN SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL

Por JOSÉ LUIS REDRADO

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN HOSPITALARIA 177

ECOS DE UNA ASAMBLEA 182

Por Sor ISABEL BELLO

NOTICIAS VARIAS 185

ÍNDICE GENERAL/75 189

Por un hospital más humano

El enfermo es el único que tiene todos los derechos en el hospital

LA PASTORAL QUE HAY QUE HACER EN UN CENTRO SANITARIO, ES LA PASTORAL DEL BUEN RECUERDO

La renovación exige a las religiosas que van a servir al Señor en los enfermos que sean competentes

Por Monseñor MANUEL CASARES HERVÁS
obispo de Almería y presidente del secretariado nacional de pastoral sanitaria

El verano pasado LABOR HOSPITALARIA estuvo presente en Jaén de manera especial.

En el centro hospitalario Princesa de España, se mantenía vivo el recuerdo del paso de Monseñor Casares Hervás por el citado centro. Se recordaba con devoción cuanto el señor obispo de Almería había dicho sobre pastoral sanitaria.

Pasado el verano, nos pusimos en contacto con el Presidente del secretariado nacional de pastoral sanitaria, rogándole nos enviase la conferencia dictada en el centro Princesa de España, al tiempo que le obsequiábamos con los ejemplares de LABOR HOSPITALARIA del año en curso.

La respuesta de don Manuel no se hizo esperar. No nos mandaba el trabajo, por no haberse quedado copia del mismo, pero la carta traslucía cómo está enraizado en su espíritu, todo lo relacionado con el enfermo.

Poco después llegaba a la dirección de la revista, el original de la conferencia que pronunció en la Asamblea General de la Fers.

La recibimos con plena satisfacción. Con ella abrimos el último número del 75.

Manifestamos al obispo de Almería nuestro agradecimiento, en nombre de los lectores, diseminados principalmente por los hospitales de habla hispana que van a enriquecerse con las ideas que monseñor expone. Cuantos estamos al servicio del hermano enfermo vamos a seguir laborando por conseguir la pronta curación de los que acuden a nuestros centros y a procurar que la pastoral del buen recuerdo anime a toda persona consagrada a dar el verdadero testimonio de la competencia.

HEMOS DE TRABAJAR
SIEMPRE
ESTANDO PRESENTE
EL ESPÍRITU
DEL SEÑOR

En este coloquio que vamos a iniciar sobre pastoral sanitaria no van a aprender de mí, porque son ustedes los especialistas en este campo. Lo más importante es que mantengamos unas líneas en el coloquio que puedan servir para la orientación de todos y para hacer una serie de sugerencias posteriores, de las cuales yo he de tomar buena nota.

En primer lugar, para orientar el departamento de pastoral sanitaria, y en segundo lugar porque llegará el momento también en que a nivel de Asamblea Episcopal, o al menos en orden a su información, pueda hacer presente a los Obispos cuáles son las sugerencias que hacen las religiosas que están insertas en el campo de la pastoral sanitaria. Los puntos que aquí vamos a tratar, serían los que vayan sugiriendo; por consiguiente, yo me voy a permitir unos minutos nada más para hacerles unas observaciones sobre lo que es y representa el campo de la pastoral sanitaria y después ya descenderíamos a esas conclusiones, aparte del diálogo espontáneo donde en una especie de dinámica de grupo, vayamos

todos haciendo *con humildad, con seriedad, con sinceridad* las observaciones y aportaciones que creamos que son necesarias.

Hemos de trabajar siempre estando presente el Espíritu del Señor. Esta Asamblea y este rato que nosotros vamos a tener aquí de tertulia tiene que ser una realización de lo que el Evangelio dice: «Donde hay dos o tres reunidos en mi nombre, allí estoy Yo». Y no está aquí el Señor entre nosotros para poner una especie de complacencia íntima, particular, sino para que nuestros deseos, nuestros esfuerzos, vayan en orden a conocer cómo podemos ser más útiles a la Iglesia en los tiempos actuales.

**EL ENFERMO,
CENTRO DE LA
ACTIVIDAD SANITARIA**

El enfermo es el centro, por consiguiente, para nosotros el único que tiene derechos en un hospital, en un sanatorio; el único que tiene derechos es el enfermo, los demás todos tenemos obligaciones para con él. Desde el momento en que no se vea esto así, el médico reclama sus derechos, la enfermera los suyos, la religiosa los suyos, el director los suyos, con pérdida de los del enfermo que es el centro y para el cual y por el cual han creado, han surgido en la sociedad todos esos organismos.

**EL ENFERMO TIENE
UNA SOLA
PREOCUPACIÓN:
SU SALUD**

La religiosa que está trabajando en un Centro, está totalmente al servicio de esa persona que es el enfermo, y *el enfermo tiene una sola preocupación: su salud.* Esta es la experiencia que ustedes tienen. No es ninguna cosa nueva lo que vamos diciendo; al enfermo y a los familiares del enfermo lo único que les preocupa al ingresar en una clínica, y me parece muy lógico y muy natural, *es la salud* y nada más; y no les interesa nada más. El enfermo no va allí a convertirse, ni a adquirir cultura, ni a adquirir nuevos conocimientos humanos; lo único que le interesa es su salud. Y la familia precisamente lo lleva allí en razón de que adquiera, y cuanto antes, su salud. Ustedes, que son muy realistas y palpan de cerca la verdad, consideren que a la hora de montar una pastoral puede ser que estemos nosotros trasvasando a un enfermo nuestras preocupaciones particulares. El resultado de todo esto es que la pastoral no va, nuestra acción no va; ¿por qué? porque no estamos contando con lo esencial que es el enfermo, cuya única preocupación, así como la de sus familiares, es la salud. Lo cual no quiere decir que se niegue el enfermo y se cierre por completo a cualquier sugerencia sobre cosas del alma; pero que tengamos en cuenta ese principio, que es básico. Cualquier otra cosa que montemos será exactamente igual que si montamos cualquier pastoral sin contar con Cristo, que es el centro. Además, esto me parece que es muy natural. En el Evangelio, los enfermos, las gentes acudían a Cristo a buscar su salud. Los paralíticos acuden a buscar su agilidad. Incluso aquella familia íntima, Marta y María, cuando mandan el aviso al Señor, por lo que están preocupadas es por la salud del hermano Lázaro: *está enfermo.*

No vayamos por tanto a considerar que nosotros somos los mejores y que los enfermos que estamos tratando son los peores porque no se hacen planteamientos religiosos. Observen que, en efecto, un enfermo y unos familiares que entran con esta psicología y preocupación, cualquier cosa de tipo religioso que se organice lo verán ellos en función de adquirir pronto la salud.

**PENSEMOS SI NUESTRA
ACTITUD PERSONAL
ESTÁ COLABORANDO
A UNA AUTÉNTICA
EVANGELIZACIÓN
O A UNA AUTÉNTICA
SUPERSTICIÓN**

Donde hay mayor posibilidad de magia es precisamente en la pastoral sanitaria, no por parte de la religiosa, o por el capellán, o por la organización, sino porque, como es lógico, toda la tensión psicológica apunta a conseguir la salud. Por lo tanto, los sacramentos pueden adquirir para ellos un profundo sentido mágico, así como la oración, la estampa y cualquier otra recomendación espiritual.

En la experiencia que ustedes tienen en hospitales, clínicas, etc., verán cómo

surgen alrededor de esta situación una cantidad de devociones que los familiares y el mismo enfermo las aceptan sin resistencia. Una cantidad de devociones, milagros y santos que realmente se queda uno sorprendido y que el Señor, en su providencia, se encarga de no ponerse de parte de ellos, pues de hacerlo el cuerpo médico y sanitario quedaría cesante.

Por consiguiente, y como resumen de esta parte, tengamos en cuenta este conjunto de factores a la hora de pensar en una pastoral sanitaria. A veces podemos, incluso, tener la sensación de que se han suscitado unos sentimientos cristianos porque se han recibido todas las sugerencias, las medallas, los sacramentos, sin ninguna resistencia. ¡Cuidado! Me parece que la cosa es más seria. *La psicología del enfermo y familiares está profundamente dispuesta a aceptar lo mágico en ese momento para conseguir aquello que le interesa, que es la salud.*

Este sería un primer principio, que creo que es tan general y tan conocido que no vale la pena detenerse más en él. La experiencia que ustedes tienen es rica. Se habrán desanimado a veces. Piensen en ese conjunto de pequeños fracasos que Dios permite. Revisen si nuestra actitud personal está colaborando a una auténtica evangelización o a una auténtica superstición.

DESARROLLO
DE LA MEDICINA
Y REPERCUSIÓN EN
LA ACCIÓN PASTORAL

¿Quién pasa hoy por los hospitales? De modo general podemos decir que todo el mundo. Dentro de poco creo que va a pasar absolutamente toda la población española. Cada día, como es natural, al irse socializando más la medicina, lógicamente van cubriendo estos organismos una cantidad de necesidades que antes se atendían en la casa.

Pero lo importante, a mi juicio, y creo que a esto se debe el desconcierto de ustedes y de los capellanes, es *la calidad del material* que está pasando y que va a pasar. Antes, ¿quiénes venían? Existían los dos polos opuestos: los ricos y acaudalados y las criaturas que andaban en la miseria. Los ricos y acaudalados, en buenas clínicas donde eran atendidos y asistidos; y la miseria, por caridad se recogía en los hospitales, en los lazaretos. Quedaba un mundo que no se hacía presente en los centros sanitarios y este mundo constituido por *la clase media alta, la clase media-media, la clase media baja*, es el que ahora se nos hace presente, con una particularidad: antes, en el rico, había toda una ambientación religiosa; existía, en todo caso, la dificultad de entablar el diálogo. Y los de beneficencia, como eran los últimos de la sociedad, tampoco se resistían a nada. Ahora, sin embargo, se nos presenta un mundo nuevo y lo que nos desconcierta es que, precisamente, se nos está presentando en todos los centros sanitarios. Y de aquí la razón de una nueva pastoral: la pastoral de aquel otro mundo del que no tenemos idea de cómo era antes. Pongo como ejemplo: hoy a todos nos angustia el cómo de la presencia de la Iglesia en el mundo obrero y estos son los que en masa se nos presentan en los centros estatales y en las clínicas particulares. El mundo obrero, que no es descreído, pero que tiene unas líneas dentro de lo religioso muy características. Creo que vuestros modos habituales de actuar como tales religiosas están siendo rechazados.

A LA HORA
DE PROGRAMAR
NUESTRA PASTORAL,
DEBEMOS TENER
PRESENTE TODA
LA PROBLEMÁTICA
REAL QUE ACOMPAÑA
AL ENFERMO DE HOY

El mundo obrero todos sabemos que es anticlerical; basta con esto. Este mundo, en su mayoría, es el que estamos tratando y el que vamos a tratar, porque poquitas serán las religiosas que hoy se destinan a atender los sanatorios de alta categoría económica; todas se dedican en gran parte a este sector y es ahí donde la religiosa se puede encontrar rechazada, como se encuentra rechazado el sacerdote, el párroco de una población preferentemente trabajadora o industrial. Al meternos en este mundo real, auténtico, que está ahí, mundo que llega al hospital con la seguridad de curarse porque hoy, gracias a Dios, la medicina ha conseguido muchísimo, las gentes entran con una *cierta tranquilidad*. La religiosa, al tener que constatar este mundo anticlerical al menos —no diré yo

que no es creyente pero sí que tiene una *cultura religiosa* baja—, se encuentra un poco angustiada porque se considera que ella estaba preparada para un mundo fácilmente dominable, por su cultura o por su ignorancia, y ahora se encuentra con que este mundo que ella trata no tiene fe y que está seguro de que no va a morir, por el avance de la medicina. Mundo que tiene, por otra parte, una fuerte conciencia de sus derechos y por lo tanto, en lo religioso, se puede manifestar con toda libertad porque sabe que no pasa nada al manifestarse como tiene que manifestarse.

Creo que esto es importante y que a la hora que programemos nuestra pastoral y pongamos en común nuestras reflexiones, debemos tomar conciencia de ello y que no nos asustemos, sino que nos preparemos para dar respuesta a esta realidad. ¡Cualquiera le va a un minero, cualquiera le va a un emigrante que conoce toda Europa, cualquiera le va a un hombre técnico con una medalla, con una estampa, con una recomendación piadosa o con decirle que si se quiere confesar...!

EL MUNDO QUE
TENEMOS QUE TRATAR
EN LA PASTORAL
SANITARIA ES UN
MUNDO QUE TIENE
MUCHA PRISA

Este *destinatario* es el que desconcierta a la religiosa y al campo sanitario, hoy. Estamos tomando conciencia de que estamos metidos en un mundo que se pone «nervioso» cuando la Iglesia se quiere meter en él. Otro punto interesante para tenerlo en cuenta en la línea fundamental de la pastoral sanitaria: *el destinatario*, que es ese hombre, en su mayoría con una prisa tremenda por adquirir la salud y marcharse. Ya los Organismos se encargan de que *cuanto antes, a la calle*, porque hace falta esa cama y ese servicio para otro. Y él tiene más prisa en marcharse porque, en efecto, en su casa, posiblemente, tiene más comodidades o lo que sea. Antes no: en el hospital las gentes se quedaban mucho tiempo; incluso existía una especie de obligación de conciencia por parte de las religiosas, por parte del sacerdote, por parte del director, de retenerlos en el centro: «esa pobre criatura, ¿dónde va a ir?», y se le retenía todo el tiempo que hiciera falta porque aquellas camas no eran tan apremiantes.

Hoy, *el mundo que tenemos que tratar en la pastoral sanitaria es un mundo que tiene mucha prisa*. Tengámoslo en cuenta a la hora de querer organizarlo. Porque si está no más de siete días, ¿qué se puede hacer? A este mundo increyente, o por lo menos resistente, ¿qué se le puede ofrecer en siete días?

TENEMOS QUE SER
MUY HUMANOS
Y MUY COMPRENSIVOS

Otro aspecto de desconcierto. Lo notarán ustedes sobre todo en las religiosas mayores. Ellas se quedan más desconcertadas porque todos los métodos, toda la preparación que tenían, les está fallando en esta realidad. No le pidamos a una mujer ni a un hombre mayor de 50 años que se haga un lavado de cerebro y que adopte rápidamente formas nuevas en el camino de la evangelización; me parece que es demasiado pedir. Tenemos que ser muy humanos y muy comprensivos y ver que en los sanatorios y en todos estos organismos hay una serie de criaturas que se entregaron con mucha ilusión a servir al Señor en los pobres enfermos y que hoy sus técnicas les fallan. No las despreciemos.

A LA HORA
DE LA PASTORAL
HAY QUE TENER
TAMBIÉN EN CUENTA
A TODO EL MUNDO
SANITARIO ASISTENCIAL
QUE CONVIVE
CON EL ENFERMO

Director, Administrador, Secretario, Auxiliares. *Este es un grupo que está ahí*, y todas las que están al frente de un sanatorio, han de tenerlo en cuenta.

Está el grupo de los *médicos*. Ni la religiosa ni el capellán, pueden tratar al médico como a un colegial; el médico es un hombre de mucha categoría. El es el que realmente marca la pauta al enfermo y a la familia en tantísimas cosas. Los médicos no pueden ser manejados por las buenas. Los hay creyentes, e increyentes; se muestran como hombres técnicos e incluso con un corazón humano digno de respeto.

A la hora de una pastoral, el médico está ahí; hay que contar con él, y muy en serio. Hay que contar, no a nivel de *discusión*, ni a nivel *ideal*, porque ellos son muy superiores a nosotros en su formación técnica, y en sus manos están muchísimas cosas; se les ha de tratar a nivel de comprensión, y a nivel de ayuda cordial y sincera a su profesión, a nivel de testimonio de caridad y servicio.

Para el enfermo, el médico es la divinidad que se le acerca, y si por descuido, por sus nervios, por su modo de ser, porque está de mal humor, dice algo contra la religiosa, el enfermo pierde por completo la confianza. Con la familia sucede lo mismo.

Con el mundo de los médicos, hay que contar a la hora de la pastoral; nosotros podemos ir con el crucifijo, pero el médico va con la realidad que el enfermo busca.

Hay otro mundo, el de las enfermeras, enfermeros, etc. El médico, va una vez al día, la enfermera está en continua disposición. Ese mundo es importantísimo; no solamente en orden al enfermo que es el centro, sino en orden a ellos mismos, que no tienen otro contacto con la Iglesia sino éste, y que lo van a tener durante muchos años, puesto que su profesión es esa.

Hay otro mundo, que es todo el personal subalterno, que ahí están. Quizás tengan menos trato y contacto con el enfermo y familia, pero es un grupo humano al que hay que evangelizar. Todos ellos están al servicio de una clientela que va de paso.

LA ENCUESTA

Ya he visto la encuesta, y la tabulación. Francamente, yo creo que hay que felicitar a estas religiosas, que entre tanto cloroformo y tantas cosas, han buscado tiempo para reunirse y contestar a esa especie de guión-encuesta que se les ha enviado. He encontrado muchas cosas positivas; a nivel técnico, quizá tenga fallos, pero yo comprendo que para algunas religiosas, el contestar a esta pequeña encuesta, le ha supuesto un sacrificio; religiosas que se reúnen para pensar en un momento de agobio, tiene su valor, porque refleja una gran inquietud. Hay además seriedad, y las felicito; siempre las cosas se pueden hacer mejor, pero creo que hay aportaciones muy positivas.

LA PASTORAL SANITARIA ES EL CONJUNTO DE TESTIMONIOS, DE PALABRAS Y DE ACCIONES, QUE VIENE A SUSCITAR LA FE DEL ENFERMO Y DE TODO EL PERSONAL QUE LE RODEA

El Concordato, en su artículo 33, habla de que el Estado por su parte, garantiza la asistencia espiritual y religiosa a todos los Organismos estatales y privados, de la sanidad. El que el Concordato y el Estado garanticen todo esto, me parece que ya es un valor que hay que agradecer, pero, esto no es suficiente. El Estado facilita, porque pone un capellán, o porque exige un capellán; el Estado facilita, porque pone unos servicios religiosos; con esto solo, creo que no hacemos gran cosa, porque esto no va, y menos en estos tiempos donde, repito, a la masa que nos entra, y a la que nos va a entrar, ésto no les dice mucho. Yo diría que la pastoral sanitaria, sería el conjunto de testimonios, de palabras y de acciones, que viene a suscitar la fe del enfermo y de todo el personal que le rodea.

EL PRIMER TESTIMONIO, QUE HOY EL ENFERMO, Y EL MÉDICO EXIGEN, ES LA COMPETENCIA PROFESIONAL DE QUIENES LES AYUDAN

Fíjense que el primer testimonio, que hoy el enfermo y el médico exigen, es la competencia profesional de quienes les ayudan; y cada día lo exigirán más. Los testimonios no son el buen ejemplo, sino la competencia de esa religiosa. Este es el gran esfuerzo que tiene que hacer la Iglesia, y que está haciendo, gracias a Dios, la religiosa, para ser competentes profesionalmente en sus trabajos.

Esto es indispensable para la pastoral, dentro de este mundo. No basta con el corazón, no basta con la simpatía, no basta con la religiosa más fabulosa en el orden de la oración, y en el orden de la fraternidad con sus hermanas. Todo esto es importantísimo, evidente, pero todo esto será el espíritu que ha de animar esa técnica.

Al enfermo lo que le interesa, no es que la religiosa sea afable, sino que ponga su inyección bien, y que su tratamiento, sea correcto. Hay que tener en cuenta, que *para toda la vida*, es ahí donde ustedes se van a realizar, porque esa es su vocación. La renovación exige hoy a las religiosas que van a servir al Señor en los enfermos, que sean competentes; me parece que esto no es descubrir el Atlántico, porque está clarísimo y repito: yo como obispo, alabo al Señor porque las religiosas sanitarias hoy, no tienen nada que desmerecer ante los demás seglares. ¿Razón? Su competencia.

Hay seglares fabulosos, ustedes lo saben. Hay enfermeras fabulosas, hay médicos extraordinarios, gracias a Dios, la religiosa hoy, en función de que no tiene que buscarse la vida, porque la vida se la puede buscar la Congregación en otro lado, sino en función de que ella quiere ser útil para ese enfermo, la religiosa de hoy, no desdice en absoluto de la línea de los seglares más competentes.

El esfuerzo que ustedes están haciendo, es un esfuerzo admirable, es un esfuerzo fruto del Espíritu Santo, que está moviendo a los grupos de la Iglesia, para que den testimonio. Ocurre, que en el desfase tan enorme y rápido que hemos tenido, habrá quedado un buen número de religiosas mayores, que las pobres no han tenido la culpa de haber nacido en un tiempo pretécnico; pero hoy, de la religiosa no se puede decir eso, salvo injusticia y calumnia; así que el testimonio primero, es el testimonio de competencia; después, el testimonio de la amabilidad, y el testimonio de caridad, etc., serán el espíritu, el aire, el color en toda la figura central, porque el testimonio que se ha de dar hoy en este campo, es el testimonio de una competencia profesional.

Ustedes saben perfectamente, cómo se abre el corazón del enfermo, la vida de la mujer que está atendiendo a su marido, la vida del novio, etc. Y se abren, porque la religiosa, en el momento oportuno, ha sabido decir una palabra que no tenía más importancia. No hay una pedagogía específica, como técnica, para decir la palabra, no. Lo grande que tiene hoy la pastoral, es que es de persona a persona. En el mundo de la clínica, cada persona es totalmente distinta. En una escuela, en una clase, en lo que sea, se dice una cosa en general. «Salió el sembrador a sembrar, echó la semilla y...» ¡bien!, pero cuando se trata de una cosa tan concreta como es esto, ¿qué es lo que da la vida?: la respiración boca a boca. Yo diría, ¿qué es lo que da la vida?: La palabra a esa persona en su momento oportuno. ¿Cuál es la pedagogía de hoy?: La pedagogía de la caridad.

Al enfermo que le duele la cabeza, a la familia que está preocupada por lo que va a pasar allí, como es lógico, no le puedes echar un discurso, porque el tiempo no se lo permite, ni la organización del hospital. La religiosa fina en la caridad, que conoce al enfermo, que conoce la psicología, que ha sabido hacer esa acogida al enfermo y a la familia, dirá su palabra, y ello será suficiente.

**LO IMPORTANTE
ES EL TRATO
DE PERSONA A PERSONA
CON ESE PROFUNDO
RESPECTO QUE NOS
MERECE EL ENFERMO
Y SU FAMILIA**

Conjunto de acciones, unas veces colectivas, otras no. No pongan demasiada confianza en lo colectivo, desconfíen de los cumplimientos pascuales, desconfíen de las misas con el altavoz en la sala. Pero también algunas cosas habrá que organizar que vengan a suscitar la fe de esos enfermos, que tal vez no la tienen, y el Señor se les acerca en el dolor. El Señor ha puesto a esta religiosa, que ha sabido decir cuatro cosas sencillas; no sean ustedes nunca triunfalistas en el mundo de los enfermos.

Lo colectivo, puede ambientar, pero lo importante es lo personal; trato *de persona a persona*, con ese profundo respeto que nos merece el enfermo y su familia.

¿QUÉ ES LO QUE TENGO
QUE HACER:
EVANGELIZACIÓN
O SACRAMENTO?

La evangelización no rechaza el sacramento, ni el sacramento rechaza la evangelización. En el mundo sanitario, cuando tienen ustedes contacto con esta realidad que está ahí, se estarán interrogando: ¿Qué es lo que tengo que hacer: evangelización o sacramento? Por supuesto, el sacramento es lo más cómodo; entra el enfermo, se le medio prepara, llaman al anestesista llaman al médico y al cura, y en un revoltillo de cosas, llevan el sacramento también a la sala de operaciones. Y sabemos todos que el enfermo a esa hora, recibe todo lo que le den.

¿Es esto lo que tenemos que hacer? ¿Que no entre nadie en la sala de operaciones sin haber confesado y comulgado? ¿Que todos los domingos, mientras el enfermo esté allí comulgue, porque ya no lo hará más en su vida? Y repito, en esas circunstancias, hasta el más rebelde, acepta lo que le ofrecen. El sacramento ahí, en esas circunstancias, es una petición de la fe, aun cuando sea a nivel muy primario. Todo hecho, y con frialdad profesional. La religiosa se va tan satisfecha, y tal vez también el capellán.

¿Seguimos sacramentalizando, o evangelizamos en serio? Porque si el sacramento es la respuesta a la fe de un hombre que quiere encontrarse con Dios, no es suficiente. Sembrar una semilla de fe, inquietar aun cuando el enfermo no reciba ningún sacramento, es fundamental. Todavía, en nuestra pastoral, subyace la idea de que lo importante es *asegurar* el último momento; el resorte mágico, para el *último momento*.

Se puede vivir como se quiera, lo importante es que a la hora de la muerte confiese, reciba la Santa Unción, y comulgue, ya está. Y nos preguntamos, ¿esto es serio? En un planteamiento de la fe en Jesucristo, que es para toda la vida; que Él es Camino, Verdad y Vida, ¿es serio que nos contentemos, nos quedemos tranquilos, con que en el último momento ese ciudadano ha recibido tres sacramentos?

Me da la impresión de que no es serio, y que tenemos que hacer un gran esfuerzo por la evangelización y la catequesis. Y que si no han recibido esos tres sacramentos en el momento último de la vida, Dios la salvará por otro camino, pero no por el de los sacramentos.

Esto no indica, que cuando hay que ayudar a un enfermo a que reciba los sacramentos, lo importante, fíjense, está en ayudarle, en prepararle, en suscitarle con todo cariño, con todo respeto, con toda libertad, ese deseo de encuentro con el Señor.

Caeríamos en un sentido mágico de los sacramentos, admitiendo, que si el enfermo no se resiste, con eso ya se ha producido la gracia. Y seguimos interrogándonos: ¿evangelización o sacramento? Las dos cosas. Pero yo centraría más la atención en la evangelización, porque opino que es mucho más importante, y más necesaria para esa persona que va a estar allí poco tiempo, y no volverá a oír más, porque no se acercará a la Iglesia, o no tendrá oportunidad de volver a oírla.

Aprovechemos la circunstancia para suscitar la inquietud, y suscitar un interrogante; nuestra misma vida debe ser interrogante, suscitando preocupación.

LA PASTORAL
QUE HAY QUE HACER
EN UN CENTRO
SANITARIO ES,
LA PASTORAL
DEL BUEN RECUERDO

Yo lo único que os diría, y con esto termino, que la pastoral que hay que hacer en un centro sanitario es, *la pastoral del buen recuerdo* (no sé si me contento con poco). Si lo conseguimos, habremos hecho un magnífico y extraordinario servicio a la fe. Que cuando ese enfermo, y esas familias dejen la clínica, recuerden, que hubo una religiosa, que hubo un capellán, que hubo una enfermera y un médico cristiano, que se interesaron como técnicos, como hombres, y como cristianos, para que él viviera.

EL SER EMBRIONARIO ES YA PORTADOR DE TODA LA DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA Y SUJETO DE LOS DERECHOS MAS FUNDAMENTALES DEL HOMBRE

El niño, por razón de su inmadurez mental y física,
necesita especial salvaguardia y cuidados,
incluso protección legal, tanto antes como después del nacimiento

Por el doctor GUILLERMO LÓPEZ GARCÍA
Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra

HECHOS BIOLÓGICOS FUNDAMENTALES

El origen de la vida coincide con la fertilización del óvulo; y, en el organismo humano, la fecha se puede determinar con bastante exactitud. Es un dato fundamental. Cuanto más a fondo se estudia el problema (y cada vez son más numerosos los resultados de la investigación experimental), más evidente resulta que, para definir lo que debe entenderse por aborto, hay que partir necesariamente del hecho fundamental de que la vida de la persona humana comienza en el momento de la fecundación.

El organismo se forma a partir de dos células: el óvulo, célula germinal femenina procedente del ovario; y el espermatozoide, célula germinal masculina, producida en el testículo.

Los gametos (tanto el óvulo como el espermatozoide), cuando han adquirido las características óptimas para la fecundación, o lo que es lo mismo, cuando han alcanzado su nivel de maduración final, son células con vida muy limitada: en un período muy breve —de un día o poco más— experimentan un proceso de regresión y mueren.

Lo significativo es, precisamente, que cuando dos células cuya vida está a punto de terminar —un óvulo y un espermatozoide— se unen, en el proceso en que se produce la fertilización, constituyen un conjunto estructural y bioquímico de características únicas. Y a partir de este momento, como consecuencia de los procesos bioquímicos producidos, en la nueva célula quedan marcados —escritos, por decirlo así— los planes de desarrollo de un nuevo organismo, dotado de una extraordinaria capacidad funcional.

El óvulo, al ser fertilizado, se torna capaz de desarrollarse plenamente, por un mecanismo de extrema complejidad determinado ya desde la fecundación, sin que las relaciones funcionales entre el organismo de la madre y del feto afecten en nada a este determinismo, tal como lo demuestra la experimentación. Es, pues, un nuevo individuo, en sentido estricto.

Por la implantación, y el desarrollo de la placenta en una fase ulterior, el embrión dispone de un medio adecuado, que le garantiza el aporte de las sustancias nutritivas y la respiración celular que necesita. Pero esto no es esencial: la potencialidad y predeterminación del desarrollo, existen desde el momento

mismo de la fecundación. Suponer que el embrión no vive propiamente hasta la implantación es tan pintoresco como lo sería el suponer que el feto no vive hasta que respira aire atmosférico. Más claro: impedir el desarrollo embrionario evitando la implantación, es lo mismo que impedir el desarrollo del recién nacido privándole de oxígeno y nutrición. Presentar las cosas de otra forma equivale a negar la evidencia de los hechos biológicos.

Estos son tan patentes, que si al comienzo de la vida no se sitúa en la fecundación, no existe referencia alguna para concretar en qué momento se produce, ni hay base aceptable para lanzar otras hipótesis. Cuanta más experiencia se tiene de la investigación biológica, más fácil y natural resulta esta visión positiva. Pero también habría que decir que, cuanto más se desarrolla el ensayismo teórico sin llegar a comprender lo biológico, más fácil es engañarse en una cuestión de tanta trascendencia.

Repito que la conclusión a deducir de los hechos demostrados en la experimentación biológica permite afirmar, con todo rigor científico, que la vida de una persona comienza con la fecundación del óvulo. Desde la fertilización está viviendo un ser humano, que lo sigue siendo en las sucesivas fases de su desarrollo. Es verdad, que entre éstas existen diferencias apreciables, que manifiestan la evolución progresiva necesariamente impuesta por el código impreso en el momento de la fecundación; pero, una vez desencadenado el proceso, los cambios no son esenciales en ningún momento.

Los procedimientos para evitar el embarazo (que, en general, se conocen como contraceptivos) son muy diversos. Bajo el título *regulación de la fecundidad*, se engloban toda clase de medios, sin distinción, incluidos aquéllos que actúan después de la fecundación y, en consecuencia, han de catalogarse como abortivos.

Los distintos métodos de control de natalidad sólo pueden ser clasificados en dos grupos: anticonceptivos o abortivos. Los primeros evitan el embarazo, en tanto que los segundos interrumpen el desarrollo embrionario. Esta clasificación es clara desde el punto de vista médico; pero, con gran frecuencia, se presentan errónea e intencionadamente como simples anticonceptivos, métodos que son realmente abortivos.

Nos referiremos a algunos de los que han adquirido más importancia en la práctica.

EL MÉTODO CONTRACEPTIVO DEL RITMO (OGINO-KNAUS)

Se fundamenta en las correlaciones entre días del ciclo sexual femenino y probabilidades de embarazo, que disminuyen en fechas alejadas de la ovulación.

Tuvo gran difusión este método, pero se comprobó pronto que fallaba en un cierto porcentaje de casos, sin que el fallo fuera achacable a la pareja. En la actualidad está sometido a revisión. Y algunos llegan a afirmar que el método del ritmo no es eficaz para el control de natalidad, puesto que no tiene sentido considerar el ciclo sexual femenino sin contar con la ovulación refleja, y que —por tanto— no coincide con el momento central del ciclo.

CONTRACEPTIVOS HORMONALES

Los contraceptivos orales producen efectos que difieren en función de la forma de administración y de las dosis de estrógenos y gestágenos; pero prácticamente todos ellos consiguen hemorragia cíclica, con lo que mantienen la apariencia de normalidad. En muchos casos (la llamada terapia combinada —preparaciones mixtas), la píldora aporta una asociación de estrógeno y gestágeno desde el primer día. Otros preparados (la llamada terapia secuencial o sucesiva) proporcionan estrógeno durante los primeros días, y añaden el gestágeno al final. En cualquier caso puede decirse que, aunque la alteración producida no haya sido suficiente para impedir la ovulación, la situación del endometrio hace siempre imposible la implantación del óvulo fecundado. Actualmente se emplean, sobre todo, o gestágenos en administración continuada, por vía digestiva oral; o preparados inyectables, de acción prolongada, que contienen gestágenos sólo o una asociación de estrógeno y gestágeno.

Se va imponiendo la tendencia a emplear dosis bajas por vía oral, o preparaciones de acción prolongada, con el fin de evitar efectos secundarios y reducir al mínimo la alteración del mecanismo de control, para lo cual interesa conservar la ovulación; y es precisamente este dato, medido en la mujer con las técnicas clínicas correspondientes, el que muchas veces se toma como referencia en la valoración. Es decir, se procura mantener la ovulación y evitar el embarazo: se busca la eficacia antiembarazo y no otra cosa. Por eso se estudian al mismo tiempo los contraceptivos farmacológicos, el dispositivo intrauterino y los demás medios de interrumpir el embarazo en los primeros días del desarrollo embrionario; todos los cuales tienen en común la eficacia contraceptiva.

El estudio de los resultados de la administración de preparados de diverso tipo, consta en la extensa bibliografía disponible al respecto y demuestra la eficacia de su efecto contraceptivo. Cada vez está más claro que carecían de base las explicaciones encaminadas a propagar el empleo de estos preparados silenciando que su más importante efecto es el de antiembarazo: ya no es posible desconocer que la píldora —término que ha adquirido una significación inconfundible— no es más que una asociación de fármacos, en proporciones que varían según los preparados, proyectada con el fin de asegurar la eficacia contraceptiva.

MECANISMO DE ACCIÓN

También es sugestivo repasar las interpretaciones del mecanismo de acción de los contraceptivos orales en general. El efecto que los define —evitar el embarazo— es resultado de un mecanismo múltiple, de acciones diversas que se ejercen a varios niveles. Conociendo la complejidad de las funciones endocrinas, lo correcto era suponerlo así, y analizar las posibles diferencias de los fármacos, según la composición del preparado contraceptivo, su dosificación, pauta de administración, etc. Sin embargo, se prescindió del análisis minucioso del mecanismo de acción y los contraceptivos fueron considerados simplemente como inhibidores específicos de la ovulación, atribuyéndoles una interrupción del control hipofisario (similar a la inhibición de gonadotrofinas en el mecanismo de autocontrol), como si éste fuera el único mecanismo de acción, o la única explicación posible de ella. Pero realmente era una visión simplista, que tenía mucho de sugerencia hipotética.

Antes de empezar a utilizar con enfermos cualquier preparado farmacéutico, se ha de someter a una valoración farmacológica de garantía, mediante las técnicas admitidas en animales de laboratorio, y el médico debe conocer los resultados. No ocurrió así inicialmente en el caso de los contraceptivos orales. Cuando se lanzaron no se encontraba en la bibliografía nada convincente sobre el efecto anovulatorio, y prácticamente nada sobre los efectos secundarios. Las pruebas experimentales daban porcentajes de ratas no preñadas, lo que se apuntaba como demostración del efecto contraceptivo de la píldora, sin tener en cuenta que existen muchas posibles razones de la anticoncepción, además de la alteración ovárica que es habitual consecuencia de la inhibición de la hipófisis por el alto nivel de estrógenos y gestágenos en la sangre circulante.

No había trabajos experimentales que demostraran la inhibición de la ovulación como único efecto, porque se encontraron siempre en el aparato genital otros cambios, que precisamente eran los que garantizaban que no ocurriera embarazo. Aseguraron la prevención del embarazo con eficacia de casi el cien por cien, pero no entraron en detalles que eran imprescindibles para analizar los múltiples aspectos del mecanismo de acción. Por otra parte, ya hace años que había publicaciones —incluida por supuesto, la publicidad— en diversos países, en las que se explicaban esas acciones múltiples reconociendo su probable efecto antiimplantatorio. Así constaba claramente en trabajos de revisión dirigidos al médico general, cuando en España seguían desconociéndose en la propaganda farmacéutica.

El complejo mecanismo que asegura el efecto contraceptivo incluye un cambio en las trompas, que depende de la dosificación. Es una alteración de la motilidad

en uno u otro sentido, es decir, puede haber hiperactividad o hipofunción. Si predominan los estrógenos, se acelera la rapidez de tránsito a lo largo de la trompa; y si predominan los gestágenos, se deprime la motilidad. Cualquiera de estos dos efectos, es decir, tanto el aumento como la disminución de las contracciones, puede tener resultados antiimplantatorios, siempre que se haya producido una ovulación.

Bastaría esta alteración de la motilidad de las trompas para hacer probable el aborto cada vez que hubiese ovulación, aunque el endometrio fuese normal. Pero es que, además, hay un efecto en el endometrio (variable también, según las proporciones de estrógeno y gestágeno y según el tiempo de administración del preparado) que por regla general basta para impedir la implantación. Los estudios histológicos revelan una patente diferencia con el ciclo normal. El normal, se caracteriza por la sucesión de cambios netamente definidos, en el endometrio, de modo que, si se produce fecundación, el embrión encuentra el endometrio en condiciones óptimas para su desarrollo. En cambio, cuando la fase de secreción se produce sobre una proliferación previa, insuficiente, la implantación es imposible. Con contraceptivos orales se puede producir esta alteración, que en nada se parece al cambio cíclico normal del endometrio; y sólo hay apariencia de normalidad porque subsiste la hemorragia periódica.

Otro componente del efecto contraceptivo es el bloqueo del paso del espermatozoide, a consecuencia del aumento de viscosidad del moco cervical que forma una barrera a la entrada de la cavidad uterina. Pero este efecto bloqueante no impide que alguna vez se pueda producir fecundación, porque es más incierto aún que el efecto anovulatorio.

Lo que hace que la eficacia anticonceptiva sea alta, es la multiplicidad de puntos de acción, que es lo que asegura el alto porcentaje de casos de prevención del embarazo. Una vez conocida esta diversidad de efectos prosiguieron las investigaciones orientadas a impedir con seguridad el embarazo sin necesidad de efecto anovulatorio, procurando conservar la anovulación como índice de normalidad funcional, lo que resultaba conveniente para prevenir algunos efectos secundarios. Con lo cual, la tendencia más generalizada en la actualidad implica un aumento creciente de las probabilidades de efecto abortivo.

CONTRACEPTIVOS HORMONALES Y PROPAGANDA MÉDICA

Hoy con la experiencia que dan los años de utilización a escala mundial, podemos concretar aspectos que nos parecen importantes a la hora de valorar las indicaciones de estos preparados.

¿Tiene indicaciones terapéuticas la píldora? Dicho de otro modo: ¿puede una enferma ginecológica ser tratada y curada de sus padecimientos con la píldora? Para contestar a esta pregunta elemental me parecen imprescindibles algunas aclaraciones. El empleo con fines terapéuticos de estrógenos y gestágenos es muy antiguo; y sus resultados, positivos en el tratamiento de determinadas afecciones ginecológicas. Ahora bien: siempre en Endocrinología, las dosis y las pautas de un preparado hormonal —y la píldora lo es— están supeditadas al diagnóstico previo, y a las características personales del paciente (edad, peso, antecedentes, etcétera). De esta norma general en terapéutica no se escapa la Ginecología; y así, no recibe igual tratamiento médico un proceso similar en diversos pacientes, ya que las facetas personales antes señaladas son distintas en cada caso.

Con estas dos aclaraciones, básicas para el estudiante y para el profesional de la Medicina, creo puede entenderse mejor la respuesta a la pregunta que me hago más arriba: ¿tiene indicaciones terapéuticas la píldora? He de responder que no, aclarando y no confundiendo lo que es el empleo con fines terapéuticos de estrógenos y gestágenos en pautas y dosis de administración adecuadas a cada caso, y lo que es el empleo de formas estandarizadas de estrógenos-gestágenos sin diferenciar diagnósticos, edad, peso, etc., de los enfermos.

Sin duda que el uso indiscriminado de tales productos en nuestro país se debe a la presentación que de ellos hacen, con fines comerciales, algunos laboratorios al darlos a conocer a los médicos para fomentar su distribución. La

Biblioteca de cualquier Facultad de Medicina, que es una plataforma privilegiada para contemplar la cuestión a nivel internacional, permite una observación curiosa: cuando se compara la propaganda sobre la píldora que aparece en revistas profesionales médicas extranjeras y españolas, se advierte que un mismo producto se presenta a uno y otro público como si se tratara de cosas diferentes.

De acuerdo con lo que sabemos, se puede afirmar que el folleto o anuncio publicitario que aparece en revistas extranjeras es objetivo y claro, explica la composición de la píldora y las dosis de los productos que la componen, la forma de administración, y las contraindicaciones; y en el capítulo de indicaciones, les basta usar dos palabras: contracepción oral.

Cuando los mismos laboratorios presentan estos preparados a los médicos españoles, las cosas cambian hasta el punto de que parece se tratase de productos distintos. Consultando en el Vademecum Internacional editado en español las indicaciones de algunos de esos productos, encontramos estos términos (copio textualmente de la publicación mencionada): «control de la ovulación, ovulístico, reposo ovárico, control terapéutico de la ovulación, regulador del ciclo, esterilidad funcional, dismenorrea, hipo e hipermenorrea, endometriosis, aplazamiento del ciclo, hemorragia uterina funcional, menopausia, ciertos trastornos menstruales, reposo transitorio del ovario, etc.». En resumen: una verdadera panacea que parece resolver toda la patología ginecológica. Como hemos dicho, el mismo producto aparece en las revistas extranjeras con una simple indicación: contraceptivo oral.

¿Por qué esta divergencia, consciente a todas luces? Creo que la respuesta está relacionada con cuestiones económicas y jurídicas. Jurídicas, porque en nuestro país la protección y defensa del nonato está plasmada en una ley que prohíbe la propaganda así dirigida puede dar lugar al empleo de la píldora con supuestos fines terapéuticos, induciendo al médico a pensar que con ella dispone de una fácil solución a los problemas ginecológicos.

En los últimos meses, algunos laboratorios, quizás conscientes de que es insostenible esa ambivalencia, orientan a sus delegados de un modo más claro, y éstos no tienen reparo en decir al ginecólogo que, aunque el folleto de presentación del producto habla de determinadas indicaciones, en realidad se trata de un anti-conceptivo, y que con fines terapéuticos la misma casa produce otros preparados. Aclaran también que la inserción de esos errores en el folleto se debe a la legislación española, que prohíbe la venta y propaganda de anticonceptivos.

Quizás más adelante nos ocupemos también de la presentación de un dispositivo intrauterino por determinada firma, con *indicaciones terapéuticas* que atentan a la más elemental honradez médica y comercial.

Tratamos de clarificar lo que es Medicina y lo que es asunto comercial. No entramos en la problemática jurídica y ética que plantea esta propaganda, porque excede el ámbito de nuestra competencia. Pero consideramos precisas estas aclaraciones para dar a conocer a unos y otros la realidad, que determinadas prácticas publicitarias ocultan o deforman.

PROSTAGLANDINAS

El problema de la práctica de métodos abortivos en gran escala, y en cualquier momento del desarrollo fetal, ha promovido el estudio de toda clase de técnicas. Ahora ya a nadie le choca ver que, en algunos países, las primeras figuras de la especialidad se reúnen en simposium para intercambiar experiencias y resultados con la misma conciencia de honorabilidad profesional con que lo harían para estudiar el cáncer o la gripe.

Entre los medios de interrupción del embarazo (sobre todo en sus primeras fases) que, en general, pueden alcanzar una difusión mayor, están los fármacos de diversos grupos químicos. Y entre estos compuestos tienen más interés en la actualidad las prostaglandinas, por tratarse de productos extensamente estudiados en los últimos años, aunque se conocen desde hace casi cuarenta.

Al poco tiempo de iniciarse el estudio de sus acciones biológicas se empezó a ensayar su efecto abortivo. Se han publicado muchos trabajos basados en

abortos numerosos, con fetos de todas las edades, provocados —en una alta proporción— entre las semanas 20 y 22, aunque la mayor parte fueron realizados durante las primeras semanas de embarazo. Algunos han ensayado prostaglandinas por vía intravenosa, estudiando sus efectos secundarios, y otros por inyección intraamniótica. La utilización más generalizada es en fase precoz del embarazo.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Evitar el embarazo por la presencia de un cuerpo extraño en el útero, es un conocido procedimiento primitivo, que sólo recientemente se ha llegado a utilizar en proporciones masivas, recurriendo a materiales y tipos diversos.

Su efecto antiimplantatorio, muy estudiado últimamente, se atribuye sobre todo a la infiltración de leucocitos polimorfonucleares en el endometrio. Este proceso, provocado por la presencia del cuerpo extraño, que tiene cierto carácter de inflamación crónica, basta para impedir la implantación, y no es probable que produzca efectos nocivos sobre los espermatozoides. Por eso, los últimos estudios evidencian una alta probabilidad de efecto abortivo; de tal manera que cualquier otro posible mecanismo de acción capaz de impedir el embarazo, como resultado del cuerpo extraño en el útero, es más bien teórico.

En un reciente informe de la OMS en el que se expone diversas «investigaciones e innovaciones en colaboración, sobre la regulación de la fecundidad», no dudan en incluir los dispositivos intrauterinos entre los métodos para la regulación de la *implantación*, lo cual explica su mecanismo de acción.

ABORTO

El cambio en la actitud del médico ante el aborto se generaliza de modo alarmante en muchos países, con base en teorizaciones que tienden a oscurecer las ideas.

Se da el caso de médicos que no son conscientes del engaño —hay que admitirlo así, salvando la buena fe—, y acaban considerando el feto como si todavía no fuese un ser humano, como una vida potencial sin ningún tipo de derechos; con lo cual se comportan como quienes únicamente buscan argumentos para justificar el sacrificio de la vida del niño en beneficio de la comodidad de la madre o de la situación social de la familia. Otros, ni siquiera se plantean problemas de ninguna especie, porque —con la regresión de los principios éticos— suprimir o no una vida, carece de significación para ellos.

«¿Qué profesional que haya visto un aborto o lo haya realizado, podrá negar, si es sincero, que lo eliminado era una vida humana?», se preguntaba un autor no hace mucho tiempo. Podría responderse que quizá ninguno, si su intervención técnica es directa y tiene que aplicar algún procedimiento operatorio por mínimo que sea. Pero cuando se emplean preparados farmacológicos para interrumpir el embarazo en su fase inicial, el que prescribe la receta se encuentra en una situación muy distinta, y le resulta notablemente más fácil olvidar lo que quizás ha hecho contra su conciencia. Ahora todo contribuye a la insensibilización, y el que comienza por recomendar prostaglandinas en fase precoz del embarazo, o previene éste con el dispositivo intrauterino, no tarda en evolucionar: su manera de pensar cambia, y más pronto o más tarde acaba dispuesto a practicar el aborto.

Hace algunos años, había quienes admitían la posibilidad de quitar la vida al feto por ciertas *razones graves* (especialmente, para salvar la vida de la madre), frente a la doctrina que no admite justificación alguna para sacrificar el feto. Pero en todo caso era clara y terminante la coincidencia de todos en calificar el aborto como supresión violenta de una vida humana.

Los que defendían el aborto en aquellos casos excepcionales, lo consideraban siempre como un mal menor. De esta postura, errónea, habría de seguirse inevitablemente la situación actual. Quien admita la justificación del aborto por determinados motivos que considera graves, llegará a imaginar que lo son otros: todo dependerá de las presiones a que se vea sometido.

PROPAGACIÓN DEL ABORTO

La intervención de ciertos organismos internacionales agrava progresivamente el problema, como puede verse en publicaciones de la OMS.

En primer lugar, se advierte un hecho significativo. Las Naciones Unidas, reunidas en sesión plenaria en 1969, declararon que «el niño, por razón de su inmadurez mental y física, necesita especial salvaguardia y cuidados, incluso protección legal, tanto antes como después del nacimiento». Sin embargo, la OMS desconoce sistemáticamente, en la práctica, esta declaración.

Según el informe de un grupo de expertos de dicha organización, hay una fuerte tendencia a admitir la indicación eugenésica con la máxima amplitud, lo que equivale a desconocer que los derechos humanos son previos al nacimiento. «¿Se puede sugerir que la *cosa viva* que hay en el útero no es una persona con *derechos humanos el día antes de nacer*, y que de pronto adquiere esos derechos, como consecuencia del acto del parto?».

«¿Constituye el aborto una injusticia?; ¿es un atentado a algunos de los derechos naturales que todo hombre tiene por su condición de persona y que son la base para una justa convivencia?». Hervada dice que, si se responde afirmativamente, el aborto es, sin paliativos, un acto criminal, tipificable como delito grave. Desde el momento en que el óvulo se convierte en embrión humano, este ser embrionario es ya portador de toda la dignidad de la persona humana y sujeto de los derechos más fundamentales del hombre. He dicho toda la dignidad de la persona humana, porque la igualdad radical que entre todos existe se funda en el hecho de ser hombre. Allí donde hay un ser humano, cualquiera que sea el momento de su historia en que se encuentre, allí está un sujeto de derechos fundamentales. Pero el hombre no comienza a serlo —a ser persona humana— por el nacimiento: lo es ya desde el momento en que el óvulo se transforma por la fecundación en una nueva vida, en un nuevo ser vivo, que está en la madre, pero que ya no es la madre.

Es oportuno añadir aquí que la legalización del aborto en general, como explica Burke, «se fundamenta en la filosofía del eugenismo, en la pureza racial y en la comodidad social; y da la impresión de que considera que algunas vidas no merecen la pena de ser vividas, porque son inferiores; sino que deben ser eliminadas. A este respecto es de ley natural —y no hace falta ser cristiano ni católico, ni tan siquiera se necesita creer en Dios para aceptarlo—, que el único soporte sobre el que es posible conservar los llamados derechos humanos es la aceptación de que toda vida humana es un valor inviolable, y de que todos, especialmente el débil, tenemos iguales títulos para la protección de la ley y para el respeto por parte de otros hombres; sin que nadie pueda afirmar, respecto de ninguna otra persona, que su vida no vale la pena vivirla».

Los motivos para justificar el aborto son de tal amplitud que, en la práctica, no encuentran más limitación que los trámites burocráticos. Por eso, se presta poca atención al *justificante* de *enfermedades graves de la madre*; porque aparte de que tales casos se han reducido mucho, desde este punto de vista apenas interesan. Además, suele ocurrir que las enfermas graves son precisamente las que no quieren la interrupción del embarazo. Por otra parte, estas enfermas, con tratamientos bien dirigidos, pueden llegar a embarazos a término con fetos normales.

Admitir como justificantes del aborto alteraciones psíquicas de cualquier grado, equivale a hacer posible el aborto siempre que la embarazada lo quiera. Lo mismo ocurre con los factores ambientales y las indicaciones socioeconómicas o socio-médicas (sobre todo, las que se clasifican como de tipo humanitario) porque su misma naturaleza impide hacerlas objeto de evaluación objetiva.

En resumen, en varios de los amplios grupos de motivos que diversas legislaciones admiten como justificantes del aborto, queda incluido, sin más, lo que se llama embarazo no deseado, presentando el aborto en este caso como una función humanitaria del médico, a quien legalmente se le dan atribuciones para interrumpir el embarazo por intereses —separados o coincidentes— de la mujer, la familia o la sociedad.

Con una facilitación tan amplia, no se ha conseguido, sin embargo, suprimir los abortos ilegales, porque con frecuencia la mujer que aborta quiere mantener el secreto. Por otra parte, los especialistas se resisten —aun con legislaciones muy amplias— a intervenir en tales casos. «La mayoría de los médicos detestan practicar abortos, por varios motivos. Uno de ellos es el sentimiento moral, que no guarda relación obligada con creencias religiosas». «La imagen del abortista no es aceptable para la mayoría de los médicos. Los facultativos que se dedican a practicar abortos suelen ser relegados a las filas más bajas de la profesión médica». Lo peor es cuando en todo esto se ve no una manifestación de la dignidad profesional, sino una rémora que hay que superar.

Terminaremos, por contraste con todo lo anterior, con unas líneas del autor americano: «Por convenientes, convincentes o perentorios que puedan ser los argumentos esgrimidos a favor del aborto, siempre persiste el hecho de que el suprimir una vida, aun cuando ésta no haya brotado a la luz, corta de raíz la propia esencia del principio de que la vida de nadie, por indeseada e inútil que parezca, puede terminarse con el fin de buscar la salud y felicidad de otro ser humano».

Son consecuentes con este punto de vista quienes, en cada caso que se les presenta, ponen todo su interés en disuadir del aborto, en llevar a cabo una auténtica acción humanitaria.

CONSECUENCIAS DE LAS LEGISLACIONES ACTUALES SOBRE EL ABORTO

Un conjunto de presiones de diversos órdenes, movidas por fines distintos pero convergentes, están consiguiendo en muchos países leyes que permiten el aborto con más o menos flexibilidad. En general, atendiendo a sus consecuencias —aunque se quiera que sean restrictivas—, podrían clasificarse como legislaciones promotoras del aborto. Los resultados, que ya se van objetivando, indican un porvenir de mal pronóstico, por muchas razones entre las que destaca el que tienden a crear una práctica médica desviada, que va alcanzando incluso a lugares donde es ilegal.

Según un estudio de legislación comparada publicado por la OMS, la normativa sobre el aborto es, con carácter general y en línea de principios, represiva, aunque algunas legislaciones prevean excepciones no punibles. Esto quizás es cierto en teoría; pero lo que se ve en la práctica es que las excepciones se convierten en norma de conducta, y las correspondientes disposiciones legales se interpretan a la medida de las conveniencias, y se las hace amparar muchas más cosas de las que pretendían.

Que la legalidad no se identifica necesariamente con las normas éticas y que no puede ser el fundamento de criterios doctrinales de actuación, es indudable. Pero también es verdad que una vez establecida la legalización, los modos de pensar van cambiando paulatinamente, y la gente llega a adaptarse de tal modo a la nueva situación, que pierden la capacidad de diferenciar lo que está bien de lo que está mal.

El aborto —matar a un ser humano en vida intrauterina— es una injusticia contra el no nacido. Esta es una convicción común entre los médicos —incluso entre los que practican el aborto— en los países en que no está permitido. Pero una vez legalizado, muchos cambian de opinión (es cuestión de tiempo); y, por supuesto, el impacto se hace sentir más en las nuevas generaciones de médicos. Para ellos, el aborto no es ya una injusticia contra el feto; creen, por el contrario, que el no hacerlo es una injusticia contra la madre. No vamos a entrar en la explicación —sociológica o psicológica— de este cambio de mentalidad, porque no nos corresponde hacerlo; pero, en todo caso, creemos conveniente destacar el hecho.

Estudios estadísticos sobre los efectos de los cambios recientes en las leyes sobre el aborto en los Estados Unidos, revelan que en la mayor parte de los casos responden a motivos relacionados con la salud mental de la embarazada. Con datos de seis Estados, resulta que casi el 96 % de los abortos se practicaron

por indicaciones de salud mental, y casi el 98 % por preocupación por el bienestar físico y mental de la mujer.

Conseguido el primer paso —un mínimo de legalización—, luego el propio ambiente presiona y facilita nuevas leyes cada vez más amplias.

Los entusiastas del aborto —nos referimos principalmente a Estados Unidos— muestran como éxitos los signos de cambio que se han producido en poco tiempo como consecuencia directa de la legislación. Hay quien pronostica que el aborto «pronto será cosa decidida entre el médico y la paciente, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico. ¿Diferenciamos en la actualidad entre las amigdalectomías y las hemorroidectomías legales e ilegales?».

Las consecuencias de la legalización van mucho más allá de cuanto se ha dicho, porque —además— favorecen la degradación de la sexualidad y la de la actuación profesional de los médicos. Cuando la gente empieza a tener como normal la eliminación de vidas humanas, el crimen —en términos generales— tiende a considerarse normal. Si se puede suprimir la vida de un feto, ¿por qué no se puede suprimir la vida de un anciano o de un inútil para la sociedad? Es éste uno de los problemas alarmantes que ya están surgiendo. La eutanasia de ancianos e incurables, pronto se justificará con toda clase de razones, a medida que se vayan acentuando las consecuencias del envejecimiento de la población. Y es que, desde el momento en que el precepto *no matar* se sustituye por el de *no matar si no conviene*, queda abierto el camino a todo género de aberraciones.

Hay además una razón fundamental contra la legalización del aborto, y es que aun legalizado sigue siendo un crimen. A no ser que se quiera que la ley sea puro reflejo de *situaciones de hecho*, lo que determina el que pierda su capacidad ordenadora y se torne incapaz de dar a conocer el derecho y la justicia.

La legislación vigente en nuestro país es bien conocida y no plantea dudas de ningún género. Siempre sería interesante una amplia explicación de ella, pero hacerlo excede nuestras posibilidades. Lo que sí es necesario decir aquí es que la ley no basta para detener la progresión del aborto, aun suponiendo que se aplique con toda eficacia. Como se ha dicho en un estudio jurídico sobre el particular, la solución de ésta y de otras actividades antisociales depende más de la acción educativa que de las leyes represivas.

La raíz del problema, en el caso del aborto, está en todo lo que contribuye a borrar la idea del carácter criminal de los métodos abortivos, que son los que interrumpen una vida humana, cualquiera que sea su mecanismo de acción y el momento del embarazo en que se apliquen.

Siguiendo la terminología corriente, con toda propiedad podemos llamar intrusismo a esa incansable actividad de algunos empeñados en propagar el uso de contraceptivos.

Al tratar una cuestión tan grave, no tenemos derecho a eludir este comentario, y en descargo de los médicos es obligado denunciar la verdad de lo que ocurre. El intrusismo es, con mucho, el factor etiológico más grave de degradación del matrimonio en nuestro país, y lo que ha dado carácter de normalidad al uso masivo de contraceptivos, facilitando la aceptación de cualesquiera técnicas de aborto.

TÁCTICAS Y MANIOBRAS PARA LA LEGISLACIÓN DEL ABORTO

Con anterioridad a 1963, la IPPF afirmaba que el aborto «mata la vida de un niño que ya ha comenzado a vivir». Pero después de aquella fecha, la organización de referencia comenzó a virar, e inició una campaña pro-aborto de acuerdo con una táctica de sobra conocida: se comienza condenándolo, para después asegurar que la mejor manera de evitarlo es fomentar el uso de contraceptivos; y, una vez relajados los criterios de la colectividad acerca de determinados puntos básicos —relajación que se produce inevitablemente cuando los contraceptivos se generalizan—, queda abierto el camino para la ofensiva descarada pro-aborto.

En junio de 1970, el Estado de Nueva York promulgó una ley autorizándolo

durante los primeros cinco meses y medio de embarazo, sin más requisitos que el deseo de la madre y el consentimiento del médico que lo provocara. Cuando la gravedad de las consecuencias de semejante ley se hizo patente, el Congreso del Estado de Nueva York se pronunció a favor de su revocación. Sin embargo el entonces Gobernador, Nelson Rockefeller, interpuso su veto, y cargó así con la plena responsabilidad de que la ley en cuestión continuara vigente. La situación se agravó a escala nacional en 1973: cuando todo permitía pensar que la legislación pro-aborto encontraría en muchísimos Estados serias dificultades para abrirse paso por vías democráticas, el Tribunal Supremo declaró anticonstitucional la legislación condenatoria del aborto en cualquier Estado de la Unión. Quedaron abolidas, en consecuencia, las restricciones existentes en muchos de ellos, y la vida del niño no nacido se vio privada de toda protección legal; hasta el punto de que el propio Tribunal Supremo ha llegado a declarar que no procede calificar como un crimen un aborto practicado en pleno parto en determinadas condiciones.

Las tácticas seguidas en distintos países de Europa varían con las circunstancias, si bien coinciden en lo fundamental, a saber: disimular las verdaderas intenciones de lo que se propugna; calcular con precisión cuándo, dónde y cómo es posible atacar eficazmente; y, en fin, dar cada paso a tiempo. Un buen ejemplo de lo dicho es lo ocurrido en 1969 en Gran Bretaña, donde la campaña pro-aborto aprovechó el impacto emocional de esos *casos graves* que *hacen mala la ley* y, en cambio, permiten una propaganda *convinciente*.

Conviene subrayar que ésta se lleva a cabo con tal lujo de medios que, muchas veces, parece imposible hacerle frente. Sin embargo, se encuentran ejemplos suficientes —sobre todo en Estados Unidos— de cuánto puede hacerse cuando existen personas decididas a emprender la batalla en toda regla. Y, desde luego, lo que nunca procede es darla por perdida sin remedio.

EUTANASIA Y ABORTO

No es difícil suponer que una sociedad que admite el *derecho* a matar a los niños, más o menos pronto admitirá también el de matar a los padres.

La táctica para la implantación de la eutanasia es muy similar a la expuesta hablando del aborto y, en líneas generales, está respaldada por las mismas gentes. En Gran Bretaña y en Estados Unidos, los abortistas se vieron obligados a negar cualquier proximidad entre aborto y eutanasia, para hacer frente a la fuerte oposición que encontraban en las personas que asociaban uno a otra. Pero diez meses después de aprobada la legislación permisiva del aborto, se presentó al Parlamento Británico un proyecto de ley en pro de la eutanasia. En Estados Unidos, sólo un año más tarde del llamado *lunes negro*, se estaban examinando proyectos similares en unos diez Estados; y este año en que estamos, otros catorce tratarán el tema. En países como Holanda o la República Federal de Alemania, las presiones en pro de la eutanasia y el aborto se ejercen paralela y simultáneamente.

Se pretende, pues, imponer el principio de que la sociedad puede intentar la solución de sus problemas por medio del asesinato. La aceptación del aborto no es más que un primer paso; porque, como dice Willke, si en la actualidad se reconoce a una madre el *derecho* de matar a su hijo si le estorba, es lógico que el día de mañana se reconozca a un hijo el *derecho* de matar a su madre por igual motivo.

El tema del aborto o la eutanasia no puede plantearse sobre bases puramente biológicas, prescindiendo de lo metafísico. Porque el hombre que olvida lo que es y el destino eterno que le espera, no tarda en emplear recursos tan nobles como la razón para rechazar las exigencias que le impone su dignidad humana, degradarse a un nivel inferior al de las bestias, y degradar —también— profesiones como la Medicina, cuya grandeza reside en el servicio al hombre. Porque —no olvidemos— tal servicio es posible sólo en la medida en que se reconocen los valores en que se funda la dignidad del ser humano.

NIÑOS PARA QUEMAR

Por FÉLIX BARCELÓ

No es fácil saber lo que sucede en Inglaterra, después de la liberalización del aborto, porque la ley —según dice Malcolm Muggeridge en un artículo en el *Times* de Londres— ha abierto camino a una forma particularmente desagradable de comercio, dando paso a una colosal especulación por parte de los médicos y ginecólogos, sin que ninguno de ellos tenga ganas de sacar a relucir los trapos sucios. A pesar de todo, se han levantado algunos de los numerosos velos que cubren este inmundo negocio por medio de dos periodistas que colaboran en importantes periódicos y revistas ingleses.

Estos, Michael Litchfield y Susan Kentish, han publicado hace poco el libro *Niños para quemar*, donde cuentan sus experiencias sobre las grandes posibilidades que hay de procurarse el aborto en un régimen de liberalización. El hecho que ha despertado mayor alboroto en Inglaterra, aparte de lo narrado en el volumen, ha sido la publicación de nombres, direcciones y números telefónicos de los médicos y clínicas con las que los autores han entrado en contacto, por motivos, digamos, de *negocios*. Todo ello no pudo ser desmentido ni discutido ya que todas las conversaciones fueron grabadas en un magnetofón oculto.

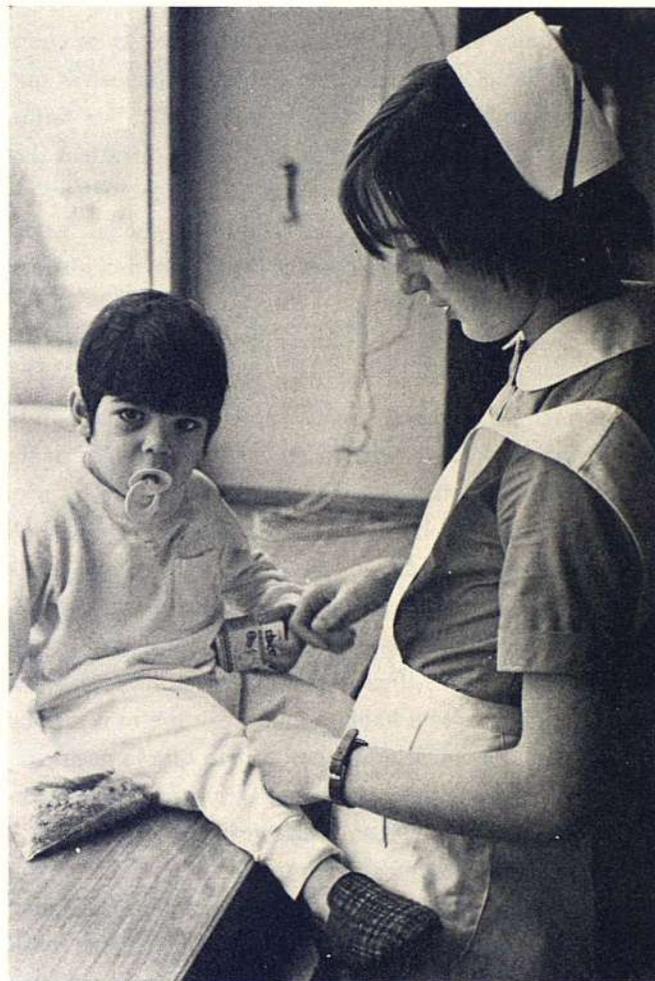
Antes que nada es oportuno exponer los términos exactos de la ley sobre el aborto, aprobada en 1967. Esta consiente la interrupción de la gestación que no haya superado las veintiocho semanas, siempre que se dé al menos una de las siguientes condiciones:

1. La continuación de la gestación expone a la madre a un peligro de muerte, mayor que si la gestación fuese interrumpida.

2. La expone a un riesgo de disminución física o mental, mayor que si se interrumpiese la gestación.

3. Expone a los hijos ya existentes de la madre a un peligro de disminución física o mental, mayor que si fuese interrumpida la gestación.

4. Existe algún peligro efectivo de que, naciendo el



José Selgas decía que hubiera pasado su vida, viendo correr las aguas de un río y contemplando la cara de un niño. El poeta español hubiera contemplado también con alegría, la bella estampa que nos ofrece este pequeño chaval, custodiado con cariño, por una joven enfermera, en un hospital de la vieja Iruña.

hijo, padezca alguna anomalía física o mental, por la que resulte seriamente disminuido. La ley prescribe, por otra parte, que dos médicos deben decidir *en buena fe*, que el aborto está justificado por una o más de las condiciones prescritas.

El conocimiento de la ley nos permitirá comprender con qué espíritu es interpretada por aquellos médicos para los que el aborto se ha convertido en una gran especulación financiera.

Al principio de su encuesta los dos periodistas estaban más bien a favor del aborto legalizado, entendiéndolo como una medida adecuada para aumentar la libertad de la mujer; pero a partir de las primerísimas experiencias se dieron cuenta de lo deshonesto del asunto que empezaban a conocer.

A decir verdad, en Inglaterra existen clínicas gestionadas por el Servicio Nacional de Sanidad que hacen intervenciones gratuitas; pero éstas son severas en cuanto a conceder el aborto a quien no puede demostrar que tiene derecho desde el punto de vista legal. Por tanto, todos los que quieren eludir la ley se dirigen a las clínicas privadas que, en parte, tienen manga ancha y no ponen muchos obstáculos, con tal de que puedan ganar dinero. Por lo que ahora voy a decir son muchísimos quienes se dirigen a éstas.

Los dos periodistas se presentaron, pues, en las clínicas privadas anunciadas en los periódicos; a veces lo hicieron como esposos; otras veces como una pareja que vivían juntos. En seguida descubrieron que se podía abortar en pocos días pagando 150 libras, y que las preguntas que se les hacía eran una simple formalidad. Incluso cuando no daban pie a razones válidas para efectuar el aborto en condiciones legales, eran los mismos médicos quienes con innumerables excusas inventaban todas las justificaciones que fuesen necesarias. A veces enviándoles a hablar con un psiquiatra cómplice que no vacilaba en declarar por escrito que la gestación no podía continuar sin comportar graves peligros mentales para la madre. ¡Menuda buena fe!

Pero he aquí la demostración más evidente de la falta de seriedad con que se concede el aborto. Susan Kentish fue sometida a diez exámenes específicos, todos ellos dieron resultado positivo, es decir, se declaraba a Susan en estado, variando solamente el juicio sobre la época de la concepción, entre dos y dieciséis semanas. Sin embargo, ella ¡nunca estuvo embarazada!

Uno de los médicos que hizo uno de estos análisis con resultado positivo para Susan Kentish, para despejar toda duda sobre sus propias capacidades le dijo que hacía 500 exámenes de este tipo cada semana. Por cada análisis cobraba dos libras más una inscripción de 2,5 libras. Es muy fácil calcular pues que sus entradas semanales, solamente por este servicio, eran de 2.250 libras, es decir más de trescientas mil pesetas.

Con sus visitas a más de catorce clínicas y a distintos médicos, ambos periodistas se dieron cuenta de lo extraordinariamente fácil que resultaba obtener un aborto inmediato si podían pagar. Nadie intentó convencerles de que no abortasen.

Pero todavía pudieron descubrir cosas más infames, como el comercio de niños por parte de algunos médicos que convencían a las mujeres (especialmente extranjeras) a llevar a término el embarazo, siendo internadas gratuitamente hasta el momento del parto. ¿Para qué? Pues no para defender el sano principio de salvar la vida del feto, sino para vender después al recién nacido a un precio muy elevado a parejas que no podían tener hijos. Descubrieron también el chantaje a las mujeres alemanas cuando regresan a su patria (la ley alemana persigue también a aquellas que van a abortar al extranjero). Y hasta la misma venta de fetos. Los fetos vivos para que los laboratorios de investigación puedan experimentar. Los fetos muertos a las fábricas de cosméticos. Uno de los médicos se justifica, diciendo (traducción literal del libro): «Los que viven cerca de mi clínica se han quejado por el olor a carne quemada del incinerador. Es una peste. Dicen que apesta como un campo de exterminio nazi de la última guerra. No sé cómo pueden conocer el olor de los campos alemanes, pero no niego el hecho. Por eso busco siempre la manera de librarme de los fetos sin quemarlos. Mirad, se gana un montón de dinero pasándoselos a los investigadores...».

Creo que no hace falta seguir con esta lista ignominiosa. Sólo nos queda preguntarnos cómo pueden hablar los abortistas de liberación de la mujer, cuando en realidad el aborto se convierte —como en estos casos— en una ocasión para una nueva y mayor explotación de la mujer, incluso prescindiendo de toda consideración moral. Malcolm Muggeridge se pregunta en el *Times*: «Mientras en otros terrenos referentes al campo de la moral, una vez hecha una ley más permisiva, las discusiones cesan, ¿por qué no ha sucedido lo mismo después de la legalización del aborto? Sin duda —responde Muggeridge— porque el aborto está unido al significado más profundo de la misma vida humana».

Los partidarios del aborto sostienen que el feto es solamente un pedazo de gelatina y que no será un niño hasta que salga del seno materno; consideran por esto un acto de compasión hacia la madre destruir un feto incluso en el séptimo mes después de la concepción. Pero un médico partidario del aborto ha declarado ha Michael Litchfield y Susan Kentish: «Una mañana he

ENSEÑANZA PEDIÁTRICA AL POST-GRADUADO

Por el equipo del hospital infantil San Juan de Dios. Barcelona
Doctores: J. PLAZA MONTERO, A. FUMADÓ ESTEVE, P. GINER SORIA y A. PALOU SANROMÁ

DÓNDE DEBE HACERSE LA ENSEÑANZA DE LA PEDIATRÍA

Nuestra experiencia en la enseñanza de la Pediatría al médico recién graduado es corta, pero creemos que dicha experiencia es real y vivida día a día en nuestro hospital. Hospital que en términos oficiales diríamos no es Universitario, pero que según la concepción que todos tenemos se precia de esforzarse al máximo en cumplir con su misión docente. Misión y característica ineludible para que una institución asistencial sanitaria pueda seguir denominándose hospital.

A pesar de que pueda haber opiniones contrarias, todas ellas respetables, creemos que la enseñanza de la Pediatría al post-graduado debe hacerse donde haya Patología Pediátrica abundante y variada, con personal médico preparado para atenderla y que al mismo tiempo tenga una cierta aptitud y capacidad de transmitir su

saber y experiencia a los demás. A nadie se le escapa que actualmente en nuestro país, estas características no sólo no son privativas de los hospitales oficialmente universitarios sino que en ocasiones incluso existen otros centros que pueden superarlas. De todo ello se deduce que la Universidad, única institución que puede y debe impartir esas enseñanzas, está a punto de derribar sus muros para ampliar su magisterio a todos aquellos hospitales cuya capacidad asistencial, docente e investigadora sea claramente probada y aprobada por el organismo oficial adecuado y competente.

NÚMERO DE ALUMNOS

El primer problema que presenta cualquier tipo de enseñanza es el número de personas a quienes hay que enseñar. Es a todas luces evidente que el número de

extraído a cuatro de ellos cuyas cabezas lloraban. No tuve tiempo para matarlos porque tenía mucho trabajo. Tampoco quería echarlos en el incinerador porque era mucha grasa animal que podría usarse comercialmente». Cualquier persona normal se niega a creer semejante bajeza, pero parece que es cuestión de acostumbrarse, como lo habían hecho los nazis con los campos de exterminio. Todas estas afirmaciones fueron grabadas por los periodistas.

También observan que cuando en Inglaterra estaba vigente la pena de muerte, no podía aplicarse a mujeres embarazadas para no matar dos vidas. Probablemente muchos partidarios del aborto de hoy lucharon por la abolición de la pena capital, a la cual eran conducidos pocos *culpables* cada año, y quizás ahora las mismas personas luchan por condenar a muerte cada año a centenares de millares de *inocentes*.

Está claro que siguiendo por este camino la lógica consecuencia de la legalización del aborto será el paso a la eutanasia, es decir, a la eliminación de todos aquellos que nazcan imperfectos, de los ancianos, de los enfermos incurables y de las personas que no son rentables para la sociedad. Algo que el régimen de Hitler legalizó tras largos milenios de historia de la humanidad.

Pero, especialmente nosotros cristianos, que tenemos la certeza de que la vida terrena es sólo una breve parte de la vida inmortal del hombre, y creemos que todos, también los hijos que están por nacer, son hijos de Dios, no podemos dejar de considerar la liberalización del aborto como un homicidio legalizado. Cuanto sucede en la civilizada Inglaterra nos lo confirma trágicamente.

Ciudad Nueva
Revista Católica Internacional
Ferrer del Río, 1, esc. A, 2.º, 5.ª Madrid-28

médicos pediatras de un país no compete al hospital determinarlo. La escasez o plétora de especialistas, o en definitiva la relación especialista/número habitantes adecuada en cada momento para la nación es una cuestión que evidentemente entra dentro de la alta política sanitaria, y en la que por tanto no tenemos nosotros, los hospitalarios, ninguna competencia.

Sin embargo, creemos indiscutible que la capacidad formativa de cada centro debe venir determinada única y exclusivamente por la dirección del mismo, en cuanto se refiere a número de post-graduados a admitir. Si el número de aspirantes supera esta capacidad, creemos que también debe ser potestativo de cada centro el tipo de selección que crea oportuno, y por nuestra parte consideramos que la valoración de los aspirantes debe hacerse barajando el conjunto de la capacidad y formación general previas determinadas por una serie de test, y al mismo tiempo las condiciones particulares, humanas y sociales de cada individuo valoradas a través del mayor contacto posible con el mismo: una entrevista personal, por ejemplo, u otros procedimientos modernos adecuados.

TIEMPO DE FORMACIÓN

El tiempo de formación necesario y mínimo que actualmente nos parece deseable es el de tres años. En estos momentos no es oficialmente así, pero tanto a través de las Sociedades de Pediatría del país como de la propia Universidad se realizan importantes gestiones para su consecución.

En el primer curso se impartirían unos conocimientos generales de Anatomía y Fisiología específicas del niño, que junto con el estudio del crecimiento y desarrollo del mismo constituiría todo lo que en estos momentos englobamos bajo el concepto genérico de Puericultura. Haríamos también en este primer curso un estudio de la Propedéutica Clínica que nos permitiese mostrar aquellos aspectos especiales de la anamnesis y de la exploración clínica infantil, y la posterior ordenación de los datos obtenidos con objeto de proceder a una orientación sindrómica de la posible afección nosológica.

En un segundo año haríamos una exposición detallada de la Patología Pediátrica General, ciéndonos a aquellos aspectos que por la importancia de su patología y sobre todo por su frecuencia, creyésemos más indicados.

Finalmente, el tercer curso podría tener una temática variable, dirigida fundamentalmente, o al repaso del curso segundo o bien a la formación más específica en

lo que va siendo ya una realidad diaria. Nos referimos a la formación más concreta en alguna de las especialidades pediátricas cuya individualidad es evidente por las características propias de la patología infantil: nos referimos a la neurología, cardiología, endocrinología, nefrología, etc. Todas ellas, denominadas super o sub-especialidades según sea el prisma intelectual del definidor, están hoy en día internacionalmente admitidas y la preparación de los que van a ejercerlas empieza ya a reclamar una justa y recta orientación académica.

PLAN DE ESTUDIOS Y FORMACIÓN

Ya se ha dicho que actualmente el período oficial para obtener el título de Médico Especialista en Puericultura y Pediatría es el de dos cursos académicos, y como es lógico a él nos atenemos para impartir nuestras enseñanzas.

De entre todos los temas pediátricos hacemos una selección para cada curso con objeto de ofrecer a los alumnos tres temas semanales. Esta selección se hace de acuerdo con nuestra experiencia de pediatras prácticos, con posterior orientación hospitalaria y a su vez de super o sub-especialistas pediátricos.

Ello nos ofrece, considerando el curso lectivo de 30 semanas, unos 90 temas por curso académico. El número es abundante, e incluso nos permite el estudio de alguno de ellos desde varios ángulos de visión, ya que si bien el rigor científico guía nuestras exposiciones no podemos nunca dejar de pensar: qué es lo que el futuro pediatra va a encontrar en la consulta diaria de su gabinete público.

Estas tres exposiciones semanales las distribuimos en dos lecciones que llamamos comentadas, cuya duración se sitúa entre 30 y 45 minutos con un comentario final de todos los asistentes; y una sesión que llamamos coloquio en la que participan un profesor, como moderador, y cinco alumnos como ponentes. Los componentes de estas mesas redondas, tanto profesor como alumnos, reciben la comunicación de fecha y tema ya a principios de curso con lo que el moderador efectúa reuniones periódicas de su mesa preparando la exposición correspondiente, según su criterio y concepción del tema; el día del coloquio hay al final del mismo discusión general con todo el resto de alumnos. Ni que decir tiene que todas estas sesiones están abiertas al total de médicos del hospital, si tienen interés por el tema tratado y el horario de sus obligaciones se lo permite.

Los alumnos están obligados a su asistencia diaria al hospital de 8 h a 14 h. Durante este espacio de tiempo, que naturalmente incluye su clase teórica y es coincidente con el horario de máxima actuación de los médicos de plantilla del hospital, actúan como médicos asistentes. Es decir, que sin tener una responsabilidad asistencial directa, colaboran en la atención de los pacientes al lado de los médicos responsables de camas, previamente designados profesores de prácticas por la dirección. Participan en la anamnesis, la exploración clínica, la discusión de la orientación diagnóstica y finalmente en la de la pauta terapéutica a seguir. Por lo demás, tienen todas las obligaciones de los médicos de plantilla (reuniones, seminarios, sesiones bibliográficas, revisión y cierre de historias, sesiones clínicas, etc.) en todo aquello que no se refiera a una responsabilidad directa de asistencia al paciente. Individualmente o por parejas están adscritos de forma explícita a alguno de los citados profesores de prácticas.

Su función de médicos asistentes les obliga también a la asistencia al servicio de guardia de Pediatría con permanencia de 24 h. Están obligados a efectuar un mínimo de 15 guardias por curso, lo que supone aproximadamente dos guardias mensuales.

Al final de cada curso académico exigimos también la presentación de dos trabajos efectuados por cada alumno. Uno de ellos es de tipo monográfico tratando un tema desde el punto de vista de revisión bibliográfica, escogido por el propio alumno entre una lista propuesta por la dirección a comienzos de curso, y confeccionada por los profesores de clases teóricas. El otro trabajo debe consistir en la presentación de una historia clínica comentada, sobre todo en sus aspectos de orientación diagnóstica diferencial y de orientación terapéutica y evolutiva, escogida libremente por el alumno entre todos aquellos pacientes que haya visto a lo largo del curso, y que él mismo considere interesante.

VALORACIÓN DEL ALUMNO

En nuestra opinión debe hacerse esta valoración con un promedio basado en tres aspectos que exponemos continuación, de mayor a menor importancia:

1.º *Y fundamental*: la evaluación continuada por parte del médico monitor o profesor de prácticas, en íntimo contacto a lo largo del curso con el propio alumno y con la dirección.

2.º Los trabajos correspondientes, corregidos y cali-

ficados según su temática por los profesores de clases teóricas.

3.º Un test final de conocimientos adquiridos, que cada vez valoramos menos, y al que pronosticamos su total desaparición al lograr un número de alumnos mínimo y apropiado.

MEDIOS DE ENSEÑANZA PRÁCTICA

Utilizamos lo que nos ofrece el hospital infantil San Juan de Dios de Barcelona, disponiendo de 334 camas destinadas a la especialidad de Pediatría (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad), amén de 40 camas destinadas a Maternología, que nos permiten la actuación en Perinatología.

Dichas camas están sectorizadas de la siguiente forma: 21 incubadoras, 15 para neonatos, 72 para lactantes, 10 para cuidados intensivos, 50 para pediatría general, 19 para neurología, 6 para nefrología, 5 para endocrinología, 7 para oftalmología, 34 para cirugía, 20 para ortopedia y traumatología, 22 para otorrinolaringología y 53 para rehabilitación.

El número de pacientes ingresados atendidos en nuestro hospital durante el año 1974 fue de 10.375, con una estancia media de 9,7 días. De ellos el 65 % fueron de Pediatría General y de las super o sub-especialidades antes mencionadas.

También se pudo ofrecer a nuestros alumnos la actuación de los siguientes servicios médicos, además de los ya citados, montados en base a la atención de las consultas externas (75.000 visitas en el año 1974), con sus correspondientes equipos médicos para la atención a los internados: Genética, Gastroenterología, Alergia, Cardiología, Psiquiatría, Psicología, Odontopediatría y Dermatología.

Junto a ellos además unos equipos médicos en servicios centrales: Anestesiología, Radiología, Hematología, Bioquímica, Microbiología, Anatomía Patológica, Electrodiagnóstico: E.M.G., E.E.G. y ECO-E.G.

Conjuntamente con unos servicios de rehabilitación: ortopédica, psicomotriz, pleortóptica y logopédica.

Con todo ello hemos querido ofrecer a nuestros alumnos lo mejor de nuestra experiencia personal y de nuestras instalaciones, para su total e integral formación dentro de la medicina infantil. Medicina preventiva por excelencia y de cuyo mayor conocimiento se derivará finalmente la directa actuación sobre la salud de los niños de hoy y la indirecta sobre la de los hombres del mañana.

POR QUE Y PARA QUE UN SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL

Por JOSÉ L. REDRADO

CINCO IDEAS BASE

Son muchas las ideas que hemos ido exponiendo a través de cursillos y en la misma revista LABOR HOSPITALARIA sobre el tema pastoral en el hospital, servicio religioso, agentes de esta pastoral. En el enunciado de estas páginas deseo sintetizar sobre todo estas cinco ideas: Razón de esta asistencia religiosa en el hospital (derecho del enfermo, finalidad del hospital y deber del personal). Factores condicionantes en esta asistencia (los cambios hospitalarios, frontera de lo religioso, papel de las personas y estructuras). Instrucciones permanentes del servicio religioso. Puntos base para la organización del servicio religioso. Evaluación del servicio religioso.

RAZÓN DE UNA ASISTENCIA RELIGIOSA EN EL HOSPITAL

EL ENFERMO TIENE DERECHO A UNA ASISTENCIA INTEGRAL

En el hombre enfermo hay que atender cuatro tipos de necesidades fundamentales: somáticas (comer, dormir, medicación...), psicológicas (conocer, amar, ser amado), sociales (relacionarse...), religiosas (sentido de la vida, la muerte, el más allá...).

Amplitud de este derecho del enfermo. El enfermo tiene derecho a la salud y a los medios que la posibilitan: a que el médico sea competente; se le trate como persona; se respete la ética; no ser manipulado; ser informado; a la asistencia religiosa y garantizar esta asistencia, solicitada por sí o por sus familiares o allegados.

FINALIDAD DEL HOSPITAL

El hospital existe, en último término, para recuperar la salud, pero en la amplitud que la OMS la ha definido: «Estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad». Se trata de la recuperación del hombre total, no de parte del hombre, su cuerpo solamente.

DEBER DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

A este derecho del enfermo y a esta finalidad del hospital corresponde en el personal asistencial un deber de reconocimiento para que se lleve realmente a efecto este derecho.

El sanitario —médico, enfermera— podrán ser en la vida particular lo que en conciencia crean que deben ser, pero en su vida profesional deben respetar, atender y garantizar el derecho del enfermo de la confesión que sea y llevar hasta el final las razones de ser del hospital.

Ello nos pide: tener una gran visión de lo que es el hombre; vivir la profesión sanitaria con profundidad, respeto y dignidad y abrirla a los grandes horizontes de lucha por los derechos integrales de la persona enferma.

FACTORES CONDICIONANTES DE ESTA ASISTENCIA

LOS GRANDES CAMBIOS EN EL CAMPO HOSPITALARIO

Peligros globales en el campo hospitalario. Desarrollo de una mentalidad puramente técnica. No tener tiempo para las personas. Tensiones entre lo inmediato y sus causas; entre lo ideológico y lo estructural.

Cambios referentes al enfermo. Hoy se concibe el valor de la salud de forma distinta. Existen nuevas y mayores posibilidades de curación. Se consuman más actos médicos.

Cambios referentes al personal sanitario. Antes había poco personal en el hospital y casi todo era religioso. Uno de los problemas que tiene hoy el hospital es el ambiente y cualificación de su personal; incluso el servicio que se realiza está concebido como profesión, sin vínculo religioso y con gran tendencia a la deshumanización.

El hospital y la ciudad. Antes el hospital era creación de entes privados (órdenes religiosas, Iglesia...) que hacían labor de suplencia al Estado. Hoy el Estado interviene en el hospital ya que éste es considerado como un servicio público.

Si a todo esto añadimos los cuatro pilares sobre los que se asienta la medicina hospitalaria de hoy —tecnificación, personalización, colectivización y promoción de la salud— veremos hasta dónde estamos condicionados y hasta qué punto debemos estimularnos a buscar la nueva forma de presencia y atención religiosa que vaya en la línea del hospital moderno.

FRONTERA DE LO RELIGIOSO

Estamos viendo cómo el medio hospitalario —tan cambiante— exige unas nuevas formas de presentarse y de presentar el mensaje religioso. Y no sólo eso, son también las personas —las que estamos o las que utilizan el hospital— las que condicionan unas formas religiosas y urgen otras. Esto lo podemos comprobar en los aspectos siguientes:

Cambio de una cultura unitaria a otra pluralista cuyos rasgos característicos son:

Cultura unitaria: Tiene unas dimensiones sacrales donde se acentúa el problema de Dios, lo sagrado y lo trascendente. Se pertenece a un grupo fuertemente vinculante, familia. Tiene gran fuerza la tradición. Y se absolutizan ideas, formas y personas.

Cultura pluralista: Existe gran tendencia hacia lo secular (el hombre, lo profano, la historia). El hombre es extravertido, ha perdido los modelos y le es difícil el control. Se pertenece a grupos diversos. Se busca el porqué de las cosas. Se cae en un relativismo.

El lugar de Dios es completamente distinto en una cultura y en otra. La religión es vivida con signos y actitudes diferentes y hasta contradictorios.

¿De qué forma, cómo hacer que Dios sea para el hombre de hoy un interrogante; que la religión le ofrezca una interpretación de lo absoluto, y le ayude a compartir con su grupo aspectos más íntimos de su vida?

Nivel en que se encuentran muchos enfermos

Los niveles son diferentes, incluso como tónica general se aprecia frialdad, indiferencia, prejuicios, falta de formación religiosa, falta de fe, y dicotomía entre los signos religiosos y la vida.

Pre-evangelización. Muchos enfermos están a este nivel; es decir, la acción pastoral con ellos tiene sobre todo una necesidad de «signos sanitarios»; que el personal se esfuerce por acoger, realizar bien los servicios y vivir la entrega de tal forma que su vida interroge, sensibilice y despierte a la fe.

Evangelización. Necesitamos recuperar en los enfermos —los que están en un nivel más avanzado que el anterior— el carácter central de la figura de Cristo, la Iglesia y los aspectos de la fe (como don y compromiso). Diríamos que estos enfermos están a nivel de palabra.

Celebración sacramental. Realizada la catequesis, se precisa para muchos el que celebren los signos sacramentales; signos que vividos desde la fe son como el culmen de presencia, encarnación y gesto de Cristo salvador.

Descubrir el nivel en el que están los enfermos

Esto es elemental y necesario; y una vez descubierto el nivel propio hay que adoptar unas actitudes globales: respetar profundamente al hombre, aceptar la diversidad, atender a los fenómenos que condicionan la vida de los hombres, conocer los recursos que se tienen a disposición, proporcionar ayuda según necesidades y recursos.

Si la pastoral tiene como fin el que el hombre se encuentre con Dios, utilicemos el medio más adecuado, el que mejor vaya con el hombre concreto, con su propio nivel.

PAPEL DE LAS PERSONAS EN ESTE QUEHACER

La atención religiosa al enfermo es misión de todos; no depende sólo —como hemos dicho— del personal que asiste, sino que la razón fundamental está en el enfermo, es un derecho que él tiene. En esta realidad las personas —médicos, enfermeras, capellanes, religiosas— incidirán de forma distinta, porque va a depender de las motivaciones, del respeto, de la responsabilidad y del sentido apostólico de que estén animados.

Pero para que la incidencia tenga un tinte apostólico —auténtico y eficaz— deberá moverse en estas líneas: Que las personas realicen un servicio profesional competente. Que exista en el personal un sentido de entrega y convencimiento. Que se tenga sensibilidad y vivencia cristiana; se cuide el ejemplo. Se tenga presente la asistencia integral, que requiere conocer, no sólo al enfermo, sino también a su familia y su medio habitual. Se utilicen los medios personales y estructurales que estén al alcance. Se mantenga un clima de esperanza y de alegría.

ATENCIÓN A LO RELIGIOSO DESDE LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURAS

Si bien es verdad que la relación de persona a persona es el medio más al alcance y quizá el más eficaz, no debemos olvidar de que dentro de la gran estructura hospitalaria, los distintos servicios del hospital necesitan también un minimum de estructura a través de la cual se ofrezcan los medios competentes y las personas puedan utilizarlos.

Para la atención a lo religioso —de forma estructural— todo hospital debe contar con un servicio religioso, reconocido efectivamente, integrado por personas que realizan sus funciones respectivas, utilizan medios, planifican y evalúan. En esta línea nos movemos en los apartados que siguen a continuación.

INSTRUCCIONES PERMANENTES DEL SERVICIO RELIGIOSO

Inspirándonos en el anteproyecto del reglamento de hospitales, art. 607-618, donde se indican qué son las normas o instrucciones y cómo cada dependencia o servicio debe tener las suyas y qué alcance tienen, elaboramos nosotros un modelo para el servicio religioso que a su tiempo —5-X-72— fue aprobado en la reunión de nuestro secretariado de pastoral para ser enviado a nuestros hospitales.

ARTICULADO

Finalidad. El servicio religioso del hospital... centra su especial atención en la faceta religiosa, reconociendo así en el hombre enfermo su derecho a una asistencia integral, pero respetando también sus mismas convicciones religiosas.

Por ello, el objetivo principal del servicio religioso será atender a estas necesidades espirituales, tanto de enfermos como del personal sanitario. Al mismo tiempo se debe encaminar hacia una verdadera integración del mismo en las estructuras del hospital.

Ubicación e inventario. El servicio religioso comprende la Iglesia y despacho de los padres capellanes. Los despachos tendrán fácil acceso a los enfermos y demás personal de la casa.

Horario de actuación. El servicio religioso tiene un horario permanente, pero la actuación práctica dependerá de la programación global y del orden del día. Debe señalarse también una hora fija para recibir a quienes lo soliciten, además de las que de común acuerdo se hayan establecido.

Funciones. El servicio religioso realizará las siguientes: Promover, coordinar y difundir el mensaje religioso mediante una planificación pastoral orgánica, completa y continuada, valiéndose para ello de las tres acciones eclesiales:

Profética: descubrir las necesidades de evangelización que tienen los enfermos y comunidad sanitaria; visita pastoral, organización de catequesis y conferencias a distintos niveles.

Litúrgica: participación en la vida sacramentaria; preparación y revisión de formas.

Caritativa: Formar células apostólicas. Cuidar el testimonio individual y colectivo. Estudiar e iluminar los

problemas deontológicos y sociales que se presenten en el hospital. Prestar asesoramiento en materia de religión y costumbres a los distintos servicios y personal. Cooperar con los hospitales de la ciudad, para realizar una pastoral coordinada, inteligente y eficaz.

Componentes del servicio religioso. Capellán, jefe de dicho servicio y capellanes adjuntos. Comité de pastoral de hospital, integrado por diversos representantes de áreas diversas del hospital.

Son funciones del Comité de Pastoral: llevar a efecto las funciones globales señaladas; elaborar de forma práctica el programa de pastoral; revisar periódicamente las actitudes y formas prácticas; realizar el análisis crítico al final de cada curso; informar tanto a la Junta de Gobierno del hospital como al Secretariado de Pastoral de la Provincia.

Dependencia jerárquica. El servicio religioso se inserta en la Unidad médico-administrativa, con un capellán, jefe de dicho servicio y capellanes adjuntos. Cada uno de los componentes del servicio religioso dependerá directamente del jefe del servicio y éste a su vez del jefe de la unidad.

Coordinación del servicio religioso con las estructuras y otros servicios del hospital

Junta de Gobierno. Informará a la misma en la forma establecida. Presentará los presupuestos y programas.

Junta Facultativa. El capellán, jefe del servicio asistirá a la misma cuantas veces sea convocada.

Comités. El capellán formará parte de los comités de deontología y docencia.

Diversos grupos que forman el hospital. Vienen definidos en tres grupos: comunidad religiosa, personal laico y enfermos. Hacia estos grupos debe proyectarse el servicio religioso en extensión e intensidad distinta.

Comunidad religiosa: El servicio religioso actuará según el contrato; contribuirá mediante: programas de formación, creación de grupos apostólicos y de revisión; cuando se trate de una comunidad propietaria del hospital debe ser ella misma la más interesada para que se realice una pastoral dinámica y comprometida.

Personal laico: contribuir en planes conjuntos de docencia sobre temas asistenciales, humanos y cristianos; descubrir grupos apostólicos, formarlos y actuar; relacionarse a escala personal.

Hospitalización-enfermos

Admisión: este servicio informará al religioso de las altas y bajas diarias del hospital; notificado el padre capellán ha de procurar hacer una visita personal para

interesarse por su salud y ofrecerle sus servicios; si la estancia es de varios días, y el caso lo requiere, el capellán notificará por carta a la parroquia de donde procede el enfermo.

Enfermerías: el padre capellán realizará diariamente visita a dichas unidades, informándose por el supervisor de las novedades que atañen a su ministerio; el supervisor o la enfermera de turno avisará diligentemente al padre capellán siempre que el enfermo pida sus servicios o el estado del mismo requiera la administración de sacramentos; se ha de poner especial cuidado en la administración de los últimos sacramentos. Atiéndase con prudente y diligente celo a cuanto en estos momentos se precisa; si otras ocupaciones más urgentes no lo impiden, la enfermera o la auxiliar deberá asistir a este acto cristiano, ayudando y dando así testimonio de su fe e inspirando confianza y serenidad.

Otras dependencias del hospital. Visítelas el capellán siempre que lo juzgue prudente; en estas visitas se ha de valorar sobre todo las relaciones humanas y pueden contribuir al diálogo y posteriores reflexiones.

El servicio religioso hacia el exterior. En la medida de las posibilidades prestará su asistencia también en los servicios de consulta externa; esta asistencia puede realizarse: mediante despacho cerca de consultorios; mediante la relación con los distintos servicios que allí funcionan.

PUNTOS BASE PARA LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO RELIGIOSO

Siguiendo en la misma tónica, creemos que el servicio religioso debe planificar su actividad teniendo presente las realidades concretas, inspirándose en unas bases teóricas y otras prácticas; por eso ofrecemos unos criterios sobre los que nos parece que debería formularse la planificación.

Bases teóricas. Análisis fundamental basado en el hospital concreto y referido sobre todo a los puntos siguientes: De qué hospital se trata (enfermos, rasgos principales, personal del centro...). Aspectos positivos y negativos que se viven en el hospital. Crítica de la situación.

Repercusión de los hechos de vida del hospital en lo religioso.

Líneas generales de acción pastoral: El mensaje cristiano parte de una liberación, es salvación. El mensaje es total, abarca a todo el hombre. Se apoya en la fe, aunque necesita de la sociología y de la psicología.

Líneas concretas de acción pastoral: Favorecer las condiciones mínimas para hacer posible el mensaje cristiano: humanización y relaciones humanas; visión clara de los problemas del enfermo; labor de equipo.

Metas hacia la liberación, salud, madurez y comuni-

cación. Todo ello supone que consideremos la persona y sus derechos.

Bases prácticas. Funciones, dependencia, coordinación del servicio religioso (según «Instrucciones Permanentes»). Medios disponibles: (personal, locales, folletos...).

Planificación concreta. Dentro de las líneas marcadas en los apartados anteriores debe concentrarse la actividad pastoral del servicio religioso: A nivel de hospital: enfermos; comunidad religiosa si existe (en cuanto vinculada al hospital); personal sanitario. A nivel específico de comunidad.

En estos dos niveles ha de concretarse toda la labor referida sobre todo a estas tres dimensiones: Profética: formación, iluminación y relación. Litúrgica: acción práctica: qué y cómo. Testimonio: sentido y cómo realizarlo.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO RELIGIOSO

Toda programación y actividad necesita después una evaluación; se trata de medir el camino recorrido y sus repercusiones.

Son muchas las formas de evaluación, pero ofrecemos un modelo en relación con los puntos de las instrucciones permanentes y lo hacemos de una forma gráfica, aunque la puntuación pueda resultar subjetiva.

Existencia de un servicio religioso en el hospital. El hospital cuenta con este servicio aprobado y reconocido por la Dirección, 5 puntos. Existe dicho servicio aprobado sólo legalmente, pero en la práctica no cuenta como tal, 3 puntos. Sólo existe capellán designado por la Administración, 2 puntos. No existe ni capellán; cuando se necesita se llama a la parroquia vecina, 0 puntos.

Ubicación e inventario. El servicio religioso cuenta con un local suficientemente acondicionado y de fácil acceso al personal, 5 puntos. Se cuenta con local, pero no bien situado, 3 puntos. No cuenta con local y se ve precisado a utilizar distintos despachos del hospital, 0 puntos.

Horario de actuación. Se tiene organizado un servicio permanente y horas señaladas para visitas, 5 puntos. Sólo hay un servicio de guardia localizable, 3 puntos. Hay servicio de guardia, pero de difícil localización, 1 punto.

Funciones del Servicio. Están suficientemente determinadas por escrito, 5 puntos. Se ha dicho algo de sus funciones, pero de forma verbal, 3 puntos. No se habla nada de esto y parece que se sobreentiende, 0 puntos.

Componentes del servicio religioso. Cuenta con los capellanes suficientes y además son ayudados por otro personal, 5 puntos. Cuenta sólo con los capellanes, 3 puntos. No hay capellanes suficientes, 1 punto.

Dependencia jerárquica. Se tiene bien realizada la inserción y se sabe de quién depende el capellán, 5 puntos. Se tiene una dependencia genérica con Administración, 2 puntos.

Coordinación con las estructuras del hospital: *Junta Gobierno:* El capellán presenta informes, programas y presupuestos, 5 puntos. Ninguna relación, 0 puntos. *Junta Facultativa:* El capellán forma parte activa, 5 puntos. No forma parte activa, pero se cuenta con él para ciertos Comités, 3 puntos. No forma parte ni se cuenta con él, 0 puntos.

Organización general del Servicio. Globalmente están organizadas las funciones y los servicios a realizar en distintas áreas, 5 puntos. Se tiene organizadas sólo algunas áreas, 4 puntos. No se tiene nada organizado, pero existe una actividad práctica, 3 puntos. Se hace lo que más o menos se necesita, 1 punto.

Organización a distintos niveles: *Nivel de enfermos:* Programadas las visitas, charlas, emisiones, 5 puntos. Sólo se hace visita diaria y no se tienen programadas

otras actividades desde la misión profética, 4 puntos. Se hacen visitas esporádicas, 2 puntos. Desde la misión litúrgica celebraciones bien preparadas, 5 puntos. Celebraciones poco preparadas y actitudes sacramentalistas, 3 puntos.

Nivel de personal seglar: Organizados y coordinados temas de sensibilización cristiana, 5 puntos. Existen grupos apostólicos y se actúa, 4 puntos. Relación con ellos a escala personal y más bien social, 2 puntos.

Nivel de personal religioso: La comunidad utiliza el mismo servicio religioso del hospital, 5 puntos. Se han realizado programas para potenciarla y se colabora en la pastoral del hospital, 5 puntos. Aunque el servicio es el mismo, apenas si se influye, se reduce a lo estrictamente jurídico, 3 puntos. La comunidad no se sirve del servicio del hospital, viene un sacerdote de fuera, pero existe cierta conexión y criterios, 3 puntos. Viene un sacerdote de fuera y no existe conexión, 0 puntos.

El servicio religioso hacia el exterior: Tiene también despacho en consulta externa, 5 puntos. No tiene despacho, pero sí buenas y coordinadas relaciones con las consultas, 4 puntos. No tiene ninguna relación, 0 puntos. Se reúne periódicamente con otros capellanes de la ciudad, 5 puntos. No tiene reuniones e incluso se desconocen, 0 puntos.



Pida su

CALENDARIO MISIONAL 1976

Secretariado de Misiones
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, s/n
Barcelona 17

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

El pasado cinco de octubre fecha clave jubilar para los enfermos católicos de los cinco continentes

MENSAJE

A todos los enfermos del mundo católico que, con ocasión de la especial celebración del Jubileo, se unirán a los hermanos sufrientes reunidos en la basílica de San Pedro, deseamos dirigirles un afectuoso saludo, no sólo para asegurarles nuestra predilección *«in visceribus Iesu Christi —en las entrañas de Jesucristo»* (Flp 1, 8); sino también para darles las gracias por su íntima y tan meritoria participación en el Año Santo.

Pensamos, en efecto, que el conjunto de sus penas, patentes u ocultas, cristianamente padecidas, les asigna un puesto privilegiado en los rangos de los hijos de la Iglesia, que han acogido sus reiteradas invitaciones a la renovación y a la reconciliación. Creemos que su generosa respuesta constituye uno de los elementos esenciales del actual Jubileo, porque, de la misma forma que todo sufrimiento se inscribe en el misterio de la cruz de Cristo, así también la aceptación de la misma contribuye a perfilar mejor, en su profunda significación, el espíritu penitencial que es propio de cada Jubileo. Sí, el dolor humano, vivido en la fe y en el amor de Cristo, revela y exalta el valor del Año Santo; este mismo dolor nos ayuda a comprender —a nivel de las realidades y de las certidumbres sobrenaturales— qué quiere decir concretamente la pasión redentora del Señor y cuánto le ha costado y sigue costándole todavía tanto a Él-Cabeza, como a su Cuerpo místico; este dolor es la demostración continuada, e incluso perenne, del vínculo indestructible que, por efecto de la caridad divina, existe entre el sacrificio y la redención, entre la inmolación y la salvación.

Por todo ello, debemos estarles agradecidos a estos hermanos nuestros por su precioso servicio eclesial; ya que si no les es físicamente posible estar en Roma, han de saber, por lo menos, que están espiritual y activamente presentes, participando de lleno en el sagrado rito, y con la posibilidad —según hemos previsto explícitamente en la Bula *Apostolorum limina*— de lucrar el

don de la indulgencia: *«Uniéndose espiritualmente, desde el lugar en que se encuentran, a la peregrinación a Roma y ofreciendo a Dios sus oraciones y sufrimientos si por hallarse enfermos o impedidos por otra causa grave, no pueden participar en la misma. Uniéndose espiritualmente a la celebración litúrgica o al piadoso ejercicio o a la visita que realiza su misma comunidad (eclesial, familiar o social), de los que se habla en los nn. 1 y 2, y ofreciendo a Dios sus oraciones y sufrimientos, si se encuentran en Roma y no pueden participar por enfermedad u otra causa en la celebración».*

En nuestra plegaria al Altísimo, uniremos su oferta sacrificial a la suprema y ejemplar de Jesús Redentor, con la seguridad de que de aquella total plenitud derivará a toda la comunidad de los fieles una ulterior efusión de luz, esperanza y paz.

Con nuestra bendición apostólica.

En el Palacio Apostólico, 16 de septiembre de 1975.

PAULUS P. VI

HOMILIA

Henos aquí en medio de vosotros, hijos queridísimos, a quienes el Señor ha querido privilegiar —sí, para nosotros los cristianos esto es una certeza— con una prueba de amor, con la enfermedad y con el sufrimiento, en íntima comunión con el misterio de su cruz.

El primer motivo de nuestro encuentro es precisamente éste: repetiros lo que ya sabéis, porque lo habéis aprendido en la escuela de la fe cristiana y quizás, mejor todavía de la inspiración interior del Espíritu Santo que vive en vuestros corazones: para quien cree en Cristo, las penas y los dolores de la vida presente son signos de gracia, y no de desgracia, son pruebas de la infinita benevolencia de Dios que desarrolla aquel designio de amor, según el cual, como dice Jesús, «el sarmiento que dé fruto, el Padre lo podará, para que dé más fruto» (Jn 15, 2).

NUESTRA CONFIGURACIÓN A CRISTO CRUCIFICADO

Esto no quiere decir, ciertamente, que se trate de una invitación irracional a aceptar pasivamente la enfermedad y a renunciar a los medios de curación. Jamás agradeceremos bastante al Señor el que haya puesto en la naturaleza las energías apropiadas para devolver a la salud y el vigor a los organismos enfermos y el haber concedido a los hombres el poder de descubrir ciertos secretos para utilizarlos en el alivio de los hermanos enfermos. Ni nunca alabaremos bastante el mérito de los científicos, de los químicos, de los investigadores, los cuales, en el arco de los siglos, han descubierto y aplicado, con éxito creciente, oportunos remedios a las enfermedades humanas. Por eso, queremos saludar también a los médicos, al personal clínico y sanitario que está aquí presente con vosotros, queridos enfermos, y agradecerles públicamente su noble trabajo inspirado en la caridad cristiana. Queremos elogiar cordialmente y animar de un modo especial a los sacerdotes, a los religiosos y particularmente a las religiosas que dedican, con espíritu exquisitamente cristiano, toda su vida al cuidado de los enfermos y de los que sufren. Vaya también un aplauso a las personas y a las instituciones especializadas en la asistencia sanitaria. Más aún, al hacer extensivo el saludo a todos los médicos, asistentes, enfermeros y enfermeras de todos los hospitales y clínicas del mundo, diremos algo más, y es: que vemos brillar en vosotros un reflejo de la figura taumatúrgica de Jesús, que tantas veces definió su ministerio como obra de curación de los enfermos (cf. *Mt* 9, 12) y de alivio para los afligidos (cf. *Mt* 11, 28); de Jesús, que sanaba a los enfermos que le eran presentados (cf. *Mt* 4, 23; 21, 14; *Lc* 9, 11), debido al impulso de tierna caridad que tenía en el corazón, y también debido a la plenitud misma de su misión salvífica que se extiende a todo el hombre, alma y cuerpo.

Sabemos, en efecto, que precisamente en virtud de la redención, todos los defectos inherentes a la naturaleza humana, o provenientes de las heridas del pecado, y dejados por ahora en el hombre como ocasiones de ejercicio ascético y de configuración con Cristo crucificado (cf. Santo Tomás, *S. Th.* III, q. 69, a. 3), serán borrados un día, cuando Dios «enjuagará las lágrimas de sus ojos, y la muerte no existirá más, ni habrá duelo, ni gritos...» (*Ap* 21, 4), y el cuerpo resurgirá transfigurado y radiante en su nueva unidad con el alma vivificada en la gloria de Dios (cf. *Rom* 8, 11; *1 Cor* 15, 42 ss.).

Pero, gustosamente hablamos ahora a vosotros enfermos y a vosotros que los asistís sobre un tema especial que se refiere directamente a la celebración de hoy. El sacramento de la unción de los enfermos, que hoy administramos a algunos de vosotros, ha sido instituido y transmitido como signo eficaz del amor redentor de Cristo, que quiere sanar al hombre principalmente en el espíritu, sin descuidar, por eso, a su cuerpo. La Iglesia,

al conferirlo, no pretende, evidentemente suplantar a la medicina, y está muy lejos de concepciones o prácticas seudorreligiosas que tengan afinidad con cualquier suerte de superstición. La Iglesia, lo sabéis, se mueve en otro plano: el plano sobrenatural de los sacramentos, que son signos eficaces de la intervención de Cristo, Salvador y Médico divino, en nuestra vida y en nuestras necesidades físicas y espirituales. Sin embargo, el sacramento de la unción encierra también un significado profundamente humano, que puede resumirse en las siguientes palabras del Apóstol Pablo: «subvenid a las necesidades de los santos... llorad con los que lloran... procurad el bien a los ojos de todos los hombres» (*Rom* 12, 13 ss.). Y cómo no hacer nuestra hoy, ante vosotros, aquellas otras importantes palabras: «¿Quién desfallece que no desfallezca yo?» (*2 Cor* 11, 29). Y, ¿cómo olvidar el testimonio específico que nos ha transmitido sobre este sacramento el Apóstol Santiago? «¿Alguno de vosotros enferma? Haga llamar a los presbíteros de la Iglesia y oren sobre él, ungiéndolo con óleo en el nombre del Señor, y la oración de la fe salvará al enfermo, y el Señor le hará levantarse, y los pecados que hubiere cometido le serán perdonados» (*Sant* 5, 14-15).

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Es claro que también la Iglesia en este sacramento mira principalmente al alma, a la remisión de los pecados y al aumento de la divina gracia; pero, en cuanto depende de ella, desea e intenta proporcionar el alivio y, si es posible, también la curación del enfermo. Basándonos en las palabras del Señor transmitidas por los Apóstoles, y movidos por sus sentimientos de caridad, hemos promovido recientemente la reforma del rito de la unción de los enfermos, con el fin de que apareciese más clara su finalidad integral y se extendiese —dentro de los justos límites— su administración incluso en los casos en que la enfermedad no fuere mortal.

Como humilde representante de Cristo Salvador, hemos aquí hoy dispuesto a administrar un sacramento, que una vez más recomendamos al celo de nuestros hermanos e hijos, obispos y presbíteros, a los cuales se ha confiado la cura pastoral de esa porción elegida de la Iglesia, que son los enfermos.

Y, hay un segundo motivo que nos ha impulsado a esta afectuosa presencia, en el ejercicio de un ministerio sacramental tan precioso. Queremos deciros que nada inserta tanto a los creyentes en el círculo de espiritualidad que el Año Santo ha abierto de nuevo al mundo, como el dolor, y, por tanto, la enfermedad, cristianamente vivida (preferimos decir vivida, y no sólo soportada); nada hay que les haga participar mejor en este movimiento de renovación y de reconciliación en el que millones de peregrinos, por lo demás, se han insertado ya, reconociéndolo como algo fundamental para su vida de cristianos llamados a formar parte del

reino de Dios; nada les hace más idóneos para recibir los inefables dones de gracia, de perdón y de purificación que son otros tantos frutos del Jubileo. Por esta razón, ya en la Bula *Apostolorum limina*, con la cual hemos proclamado el Año Santo, habíamos dado a los enfermos —igual que a todos los fieles impedidos, por causa grave, de tomar parte en la peregrinación a Roma— la posibilidad de lucrar el don de la indulgencia, uniéndose espiritualmente a los peregrinos ofreciendo a Dios sus plegarias y sus dolores.

IMPORTANCIA ESPIRITUAL DEL DOLOR VIVIDO CRISTIANAMENTE

Sabemos que muchos enfermos se han unido a sus hermanos, reunidos ante las tumbas de los Apóstoles, haciendo así una peregrinación espiritual, en gran parte invisible, que sin duda constituye un hilo de oro en la cadena de gracias de este providencial acontecimiento eclesial. Como hemos dicho en el reciente Mensaje a todos los enfermos del mundo, «creemos que su generosa respuesta constituye uno de los elementos esenciales del actual Jubileo, porque, de la misma forma que todo sufrimiento se inscribe en el misterio de la cruz de Cristo, así también la aceptación del mismo perfila aún mejor, en su significación más profunda, el espíritu penitencial que es propio de cada Jubileo».

Mas vosotros, queridos hijos aquí presentes, no os habéis limitado a la peregrinación invisible. Habéis querido estar con nos en esta jornada del «Jubileo de los enfermos», cerca de la Puerta Santa, que significa el acceso al templo de la divina misericordia, para realizar y manifestar la asociación universal al misterio de la redención, que tiene lugar en el Año Santo, y para pedir las gracias del consuelo y, Dios lo quiera, de la curación o, al menos, del alivio en vuestros sufrimientos, pero sobre todo, la gracia de la santificación en la enfermedad y del progreso en la comunión con Cristo y con su Cuerpo místico. Es éste un hecho que nos llena de gozo y nos alienta en el ministerio apostólico, pese a las adversidades del tiempo presente.

Dejad que os diga que vuestra presencia nos da la certeza casi experimental de que las fuerzas del bien, consagradas por la inmolación con Cristo crucificado, actúan en el mundo para llevarlo a la salvación. Dejadnos añadir que contamos con vosotros, con vuestras oraciones, con el ofrecimiento y con el valor de vuestros sufrimientos, y con esta fervorosa celebración, para esperar que llegue al íntimo tejido de la humanidad aquella curación que quiere decir serenidad y paz del alma, y sin la cual para nada valdrían la salud física, el bienestar y cualquier otra satisfacción terrena. Y si, en ciertos momentos, probáis toda la debilidad humana que acompaña a la enfermedad y, quizás, la tristeza de la soledad, la falta de asistencia u otras molestias y humillaciones, recordad entonces la experiencia maravillosa de san Pablo que, atormentado por la «espina en

la carne» oyó que le decía el Señor: «Te basta mi gracia, que en la flaqueza llega al colmo el poder» (2 Cor 12 8-9). Por eso, podía afirmar de sí mismo: «Por lo cual me complazco en las enfermedades..., pues cuando parezco débil entonces es cuando soy fuerte» (*ib.*, 12). Esto es lo que os deseamos de todo corazón, queridos enfermos: que la fuerza de Cristo esté siempre con vosotros.

TODOS LOS ENFERMOS DEL MUNDO UNIDOS EN COMUNIÓN ECLESIAL

Queremos confiaros un último pensamiento entre los muchos con que vosotros mismos nos estimuláis con el ejemplo de vuestra fe.

Si ningún hombre es una isla; si todos nosotros estamos unidos en la solidaridad natural que brota de la común pertenencia al género humano, a su vocación y a su historia; si «toda alma que se eleva, eleva a todo el mundo», como ha dicho un alma selecta, Isabel Leseur; si sobre todo nosotros, discípulos de Cristo y miembros de su Cuerpo místico, estamos unidos, con el vínculo de la caridad, a las energías operadoras de salvación y a los mismos méritos que provienen de la Cabeza y casi reviven en nosotros: pensad lo que sucede cuando se actualiza la comunión en el ofrecimiento del dolor. El enfermo puede repetir entonces con el Apóstol: «y suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24). Sí, la Iglesia entera, y con ella todo el género humano, recibe mucho de vuestros sufrimientos, transformados por el misterio de la cruz, y convertidos, por tanto, como en un fermento en la Comunión de los Santos.

Creemos que especialmente la reunión de hoy de todos los enfermos del mundo católico, de los cuales vosotros sois como sus delegados, establecerá en este momento un contacto directo con los méritos y la satisfacción ofrecidos al Padre por Cristo Redentor, de tal manera que la Iglesia no podrá menos de obtener una ventaja espiritual inmediata, es decir, una efusión de vida nueva, de unidad y de crecimiento interior. Por eso vosotros, en este instante estáis ayudando, estáis construyendo la Iglesia. Qué estupenda es esta realidad a la luz del Evangelio. Qué apertura hacia el misterio del dolor. Es una fiesta de comunión eclesial la que estáis celebrando, en este momento, on todos los enfermos del mundo católico.

Por esta causa, tanto a vosotros aquí presentes, como a vosotros, enfermos geográficamente lejanos, pero unidos con nosotros en la onda misteriosa de la comunión de los Santos, a todos vosotros que, de manera ejemplar, os asociáis al ministerio de la Iglesia para la redención del mundo, en nombre también de nuestros hermanos en el episcopado y en el sacerdocio, os decimos: ¡gracias! Sí, la Iglesia os está muy agradecida porque recibe mucho fruto de vuestros sufrimientos unidos a los de Cristo.

Curar el cuerpo y curar el espíritu

A LOS PARTICIPANTES EN EL III CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA SICOSOMÁTICA

Señoras y señores: Esta mañana recibimos con satisfacción a los miembros del II Congreso mundial del Colegio internacional de medicina sicosomática. Nos felicitamos de que hayáis escogido la ciudad de Roma como sede de vuestro Congreso, con el objetivo de unir a vuestras actividades científicas las llamadas espirituales y morales que, en particular durante este Año Santo, van emparejadas con esta ciudad.

Así, pues, os reunís de nuevo, procedentes de más de cincuenta naciones de los cinco continentes, con la única finalidad de trabajar por un mejor conocimiento de la condición humana a fin de poderla servir mejor. La conjunción, a la que acabamos de referirnos hace un momento, entre las perspectivas científicas y las espirituales, nos parece significativa en la medida en que vuestras investigaciones están precisamente caracterizadas por un intento de comprensión interdisciplinar de la personalidad humana, a fin de que nada de ella escape a vuestros enfoques. Esta inclusión de todas las dimensiones humanas en la relación terapéutica, nos parece responder no sólo a las más modernas exigencias científicas, sino también a las más profundas necesidades de la naturaleza humana.

AL SERVICIO DEL HOMBRE

Para Nos que somos un espectador atento —y lleno de admiración— de vuestros estudios, pero sin competencia científica especial, vuestros problemas se reducen a un doble esquema sencillo, pero que Nos consideramos esencial. Está, ante todo, el de las relaciones terapéuticas que los cuidados somáticos pueden proporcionar al alma del paciente, que con frecuencia sufre más en su espíritu que en su cuerpo; pero se da, también, en sentido inverso, el alivio terapéutico que puede recibir el sufrimiento físico, por medio del restablecimiento psicológico espiritual.

Nos afirmamos, sencillamente, que nuestra concepción de la vida humana admite sin dificultad el *transfert*, o para hablar con mayor propiedad, la extensión del cuidado síquico a beneficio simultáneo o sucesivo del espíritu. (Y aquí podríamos servirnos de un ejemplo bíblico: el de Elías, que agotado tanto en sus fuerzas físicas como morales, fue invitado por el Ángel de Yavé a comer y a beber el alimento preparado para él. El Profeta comió y bebió —remedio físico—; y luego, reconfortado por este alimento, siguió caminando cuarenta días y cuarenta noches hasta el monte de Dios, Horeb (cf. 3 Re 19, 8).

Más difícil y delicado es el proceso inverso, que es

precisamente el que os apasiona en vuestros estudios. Pero también éste está aprobado por nuestra concepción del hombre. El cuidado espiritual, psicológico o moral, puede hacer el bien y renovar las fuerzas corporales. Sobre este punto, tenemos ejemplos en las narraciones evangélicas: interpretados con prudencia y sabiduría, pueden apoyar nuestro pensamiento, que es también el vuestro. Sí, incluso los remedios psicológicos o espirituales pueden producir, si no la curación en sentido estricto, sí, por lo menos, un notable restablecimiento del ser humano, incluso en su aspecto corporal. (El Evangelio nos ofrecería ejemplos característicos de este punto de vista; por el camino de una prudente exégesis, ellos podrían comentar favorablemente vuestros estudios científicos; recuérdese el episodio del poseído de Gerasa, Mc 5, 1-20). Y como ya es perfectamente conocido, esta terapia del espíritu, que tiene resultados positivos incluso sobre los sufrimientos físicos, constituye una parte considerable de nuestras preocupaciones pastorales con relación a los enfermos y a los afligidos.

Vuestra perspectiva coloca al médico, ante todo, como una persona humana para quien la relación con el otro es esencial, y debe basarse en el respeto y la comprensión, y vosotros afirmáis, igualmente, la dignidad fundamental del enfermo, que nada pierde del valor de su ser humano por razón de la situación en la que se encuentra.

EL AMBIENTE SOCIAL Y FAMILIAR

En lo tocante al valor de cada persona humana, deseáramos recordaros que al médico le corresponde estar siempre al servicio de la vida y asistirle hasta su momento final, sin aceptar jamás la eutanasia, ni renunciar a ese deber tan humano que consiste en ayudar al enfermo a terminar con dignidad su curso terreno. Os recordamos a este respecto la enseñanza siempre actual de nuestro predecesor el Papa Pío XII sobre el empleo de los analgésicos: éstos pueden utilizarse con prudencia y competencia, pero no podrían ser lícitamente empleados con el fin de disminuir la responsabilidad personal o para renunciar a los deberes propios de la persona humana (discurso de Su Santidad Pío XII, al I Congreso Internacional de Neuro-psico-farmacología, 9 de septiembre de 1958; AAS, 50, 1958, pp. 687 y ss).

Vuestras investigaciones ponen también de relieve la importancia del contorno social, y en particular el de la familia, sobre todo en lo tocante a las enfermedades sicosomáticas, que con frecuencia, y en particular en ciertas edades, son el resultado de conflictos, de dificultades o de abandono en el interior de la célula familiar. Os invitamos a dejar bien claro el importante valor de la familia para el bienestar físico y moral del individuo, y particularmente de los más

vulnerables, como son los niños, los ancianos y los enfermos; es decir, de todos aquellos que, no siendo personas productivas, se hallan relegadas de alguna manera por una mentalidad que no está conforme ni con una justa concepción del hombre, ni, mucho menos, con el espíritu cristiano. Os exhortamos a buscar nuevas formas de favorecer el crecimiento psicológico y espiritual de la vida familiar, en la que vemos, siguiendo una tradición cristiana ininterrumpida, una de las principales esperanzas para el porvenir del hombre.

FE Y ESPERANZA EN DIOS

En todas vuestras comunicaciones hacéis notar, por último, señoras y señores, que la ansiedad es un factor

común a todas las perturbaciones sicosomáticas y a todas las enfermedades. La ansiedad, a su vez, procede de las situaciones sicosociales; pero también procede, con frecuencia, de aquel núcleo de inseguridad y de duda que cada cual lleva oscuramente en sí. Que vuestra decisión metodológica de tomar al hombre en su totalidad, no deje de lado la posibilidad de reconocer si la fe en Dios no podría aportar una respuesta a la ansiedad humana. La certeza de que un Padre nos quiere y de que existe una esperanza para nuestra vida es ya una indicación y una respuesta.

Al felicitaros por el trabajo que realizáis y certificaros nuestro aprecio, deseamos también alentaros a seguir el hermoso servicio que estáis prestando y que Nos encomendamos al Señor, pidiéndole que os bendiga a vosotros, y también a todos vuestros seres queridos.

Presencia cristiana en el mundo sanitario

Queridísimos hijos: habéis querido realizar la peregrinación para el Año Santo en el contexto de una asamblea vuestra. Esto nos agrada profundamente, como nos alegra también que hayáis elegido como tema de vuestro encuentro los motivos que inspiran el Año Santo: «renovación y reconciliación en orden a una presencia cristiana en el mundo sanitario».

Esto nos dice que habéis comprendido que, en el genuino espíritu del Jubileo, no se debe uno detener en consideraciones puramente teóricas sobre sus grandes temas y, mucho menos, contentarse con puras afirmaciones verbales. La finalidad del Año Santo debe calar, como suele decirse hoy, en la vida, debe ser lograda con un esfuerzo constante también para el futuro que se desvela a nuestra buena voluntad de hombres y de creyentes. ¡Cuánto habría que decir de esta presencia cristiana en el mundo sanitario, vista a la luz de la renovación y de la reconciliación! ¡Cuánto bien se puede sacar para los principios, para la deontología, para la

animación de la profesión a que os dedicáis, con una dedicación que haga honor a la denominación que califica a vuestras asociaciones: «católica»! Es decir, amplia, universal, abierta a todos. Con este espíritu podéis realizar un verdadera misión: de edificación entre vosotros, de mutua estima y colaboración, de ayuda, de aliento, de consuelo dado al hermano que sufre y que os necesita, en el que debéis habituaros a ver el rostro sufriente de Cristo.

Nos, auguramos que sea éste, hoy y siempre, vuestro compromiso y que, renovados interiormente por las fuentes de la gracia, obtenida por medio del don de la indulgencia, sepáis ser de verdad una *presencia* en vuestro ambiente: una presencia viva, activa, sumisa, incansable, serena, premurosa, caritativa, olvidada de sí, inclinada a las necesidades de los demás. Este es nuestro augurio, ésta es nuestra oración. Con nuestra bendición apostólica.

A las asociaciones sanitarias de Italia

En razón de vuestros sufrimientos participáis más de cerca en el carácter penitencial del Año Santo

Carísimos hijos, os saludamos con especial afecto, a vosotros que nos traéis el saludo de dos bellas regiones de Italia y os expresamos nuestro pláceme por esta peregrinación que habéis emprendido, como bien sabemos, por la intención de participar en este Jubileo que se celebra en la Iglesia. Muchos de vosotros, como podemos apreciar, estáis enfermos y sois ancianos asistidos por la benemérita UNITALSI, y os hablamos, por tanto, con mayor afecto porque precisamente en razón de vuestros sufrimientos participáis más de cerca en el carácter penitencial del Año

Santo. Además, el ideal repetidas veces propuesto por nos, de la renovación interior significa para vosotros una adhesión más inmediata al Señor Jesús. Sirvaos de consuelo saber que estamos cerca de vosotros, muy consciente de lo preciosas que son, en la economía de la salvación, la aportación de vuestros sufrimientos y el ofrecimiento que diariamente de ellos hacéis al Señor para cumplir lo que falta a la pasión de Cristo.

A todos impartimos de corazón nuestra paternal bendición apostólica.

MADRID

ECOS DE UNA ASAMBLEA

Por Sor ISABEL BELLO

Secretaria Nacional de la Federación Española de Religiosas Sanitarias

La FERS desea que las religiosas estén informadas de sus actividades y por ello, a través de LABOR HOSPITALARIA, y BOLETÍN DE LA CONFER FEMENINA, pretende entrar en cada una de las comunidades sanitarias y llegar, si así lo desean, a cada una de las religiosas para recordarles que se ha celebrado su asamblea general, asamblea que ha reunido a las representantes de sesenta provincias religiosas.

Todos los principios suelen ser humildes, por ello la asamblea, no ha pretendido llegar a acuerdos espectaculares; pero puedo asegurarles que las asambleístas han trabajado muy seria y sinceramente, poniendo en común los problemas más candentes, podríamos decir, de las religiosas sanitarias, para intentar darles solución «unidas», a través de la FERS.

Creo que el programa de trabajo que ha aprobado para hacerlo realidad en este trienio que hemos comenzado, da fe de ello.

La FERS es consciente de las escasas posibilidades que muchas provincias tienen para estar al día, pastoral, profesional, moral, religiosamente, tampoco ignora que el Secretariado Nacional no puede realizarlo todo. Conoce el buen ambiente que reina entre las religiosas sanitarias para trabajar en colaboración y por ello al revisar los Estatutos ha previsto la creación de comisiones especializadas que colaboren con la Secretaría.

Por ello, la asamblea ha acordado la organización de las delegaciones diocesanas de la FERS, partiendo de la realidad: estudio de cada provincia en concreto: realida-

des, posibilidades. Desea que las propias diócesis aporten sugerencias para regular el funcionamiento de dichas delegaciones.

Por ello, también se ha invitado a la asamblea a las representantes de las diócesis que funcionan o intentan funcionar, para comenzar el trabajo desde la realidad vivida.

Como pueden ver con facilidad, cuanto les digo no es labor exclusiva de un pequeño grupo, es tarea que nos incumbe a todas, cada una desde nuestro puesto de trabajo tenemos que aportar nuestro granito de arena. Aportación que se hace realidad respondiendo a las llamadas de la FERS; será contestar un cuestionario, será poner en común una sugerencia, una crítica, etc. Sabemos muy bien que la caridad es ingeniosa, por ello si nuestra vida está alimentada en esa caridad que debemos hacer realidad cada día, cada segundo de nuestras jornadas, todas construiremos esa Federación, Unión de Superiores Mayores, que todos necesitamos, y al decir *todas* y *cada una*, no se excluye a ninguna.

Me encuentro, sin apenas darme cuenta diciéndoles que uno de los puntos del programa de trabajo es el de la organización de las delegaciones diocesanas donde fuere necesario y factible. Ya contamos con la ayuda de todas porque es tarea de todas.

Constantemente acusan la falta de una programación pastoral. Por ello uno de los temas centrales, tratados en la asamblea, ha sido este.

Los cuestionarios que se les enviaron, la síntesis de los mismos, la crítica realizada sobre ellos, la mesa redonda presentada por la FERS en la Asamblea de la CONFER Femenina, han sido los documentos base para tratar esta necesidad urgente.

Ha estado con nosotras, Monseñor Casares Hervás —obispo de Almería—, responsable de pastoral sanitaria ante la Conferencia Episcopal Española. Las orientaciones de don Manuel Casares, las puntualizaciones de toda la asamblea en el diálogo con el señor obispo y en los grupos

de trabajo, son rico material para poner en marcha otro de los acuerdos: centrar los esfuerzos de la FERS en este trienio para que las religiosas sanitarias tengan como objetivo principal de su labor la pastoral sanitaria.

La Conferencia de Monseñor Casares será publicada en el Boletín de la CONFER Femenina y en LABOR HOSPITALARIA. La síntesis de los cuestionarios, la crítica de los mismos y la mesa redonda, dentro de unos días, serán enviados a cada uno de los centros sanitarios registrados en la Federación.

Como en el punto de las delegaciones, la aportación de cada una de las religiosas será fundamental para llevar a cabo el plan pastoral que pronto va a poner en marcha la Federación. Plan que comienza dando a conocer el resultado de los cuestionarios realizados por ustedes.

La asamblea se ha detenido en el campo profesional y ha constatado la necesidad de crear unos criterios generales para revisar los convenios existentes entre las comunidades religiosas y las distintas dependencias patrimoniales, de modo que quede clara la postura de la religiosa sanitaria, hoy, en España a la luz del Evangelio y las orientaciones de la Iglesia.

Comisiones de trabajo tendrán que realizar esta ardua tarea.

Y dentro del campo profesional ha prestado atención preferente a aquellas religiosas que han gastado sus años al servicio del enfermo, sin haber tenido posibilidad de promoción, por ello, procurar resolver el problema de las auxiliares de clínica, sobre todo de las hermanas que llevan muchos años trabajando en el campo sanitario ha sido otro de los acuerdos.

Además han solicitado que la FERS intensifique las relaciones con los colegios profesionales, tanto a escala nacional como provincial.

Hasta aquí, a grandes rasgos, el intenso trabajo realizado por la Asamblea. A partir de aquí, pedir la colaboración de todas para realizar cuanto se desea.

Ignoro las comunidades religiosas sanitarias a las que llegarán estas mal trazadas líneas, no obstante, deseo pedirles una aportación concreta: comiencen su colaboración «criticando» —toda crítica es constructiva si lo deseamos— esto que ha llegado hoy a sus casas y que muy brevemente ha sido el trabajo, fruto de la oración y del esfuerzo de muchas personas. La Secretaría está abierta para recibir cuantas sugerencias al respecto deseen hacer. ¿Lo harán? o ¿se limitarán a criticarlo en el silencio, no aportando...?

PROGRAMA DE TRABAJO DE LA FERS

Este programa de trabajo fue aprobado por la Asamblea de la Federación Española de Religiosas Sanitarias.

1.º Revisión de los Estatutos, de acuerdo con lo aprobado por la Asamblea. (Se enviarán a las casas cuando estén aprobados por la Sagrada Congregación de Religiosos e Institutos Seculares).

2.º Organización de las Delegaciones Diocesanas de la FERS estudiando concretamente cada Provincia, coordinando con la Delegación de CONFER diocesana, si existiera y viendo la necesidad o no de dicha creación. Estudio serio de posibilidades, necesidades, con las provincias interesadas.

3.º Centrar los esfuerzos del próximo trienio en que las religiosas sanitarias tengan como objetivo principal de su labor, la pastoral sanitaria.

4.º Elaboración de criterios generales para revisión de convenios con los distintos organismos, para orientar a los Superiores Mayores.

5.º Procurar resolver el problema de las Auxiliares de Clínica, sobre todo de aquellas religiosas que llevan muchos años trabajando en el campo sanitario.

6.º Estudio de las relaciones y coordinación entre Vocalías de Sanidad y de la CONFER y FERS, a nivel del Secretariado Nacional.

7.º Incrementar las relaciones entre los Colegios Profesionales a escala Nacional y Provinciales. Que un miembro de la FERS sea miembro de ellos.

CUESTIONARIO SOBRE PASTORAL SANITARIA LLEVADO A CABO EN LOS INSTITUTOS RELIGIOSOS DE LA FERS

Cuestionarios enviados, 891; cuestionarios contestados, 230.

Congregaciones consultadas: Agustinas, Auxiliadoras, Carmelitas de la Caridad, Carmelitas Misioneras, Carmelitas Misioneras Teresianas, Concepcionistas, Carmelitas de San José, Dominicanas de la Anunciata, Dominicanas de la Presentación, Formación Cristiana, Franciscanas del Buen Consejo, Franciscanas Misioneras de la Madre del Divino Pastor, Franciscanas Misioneras de María, Franciscanas de la Misericordia, Franciscanas de Montpellier, Franciscanas de la Natividad, Franciscanas de la Purísima, Hermanas de la Caridad de Santa Ana, Hermanas de la Caridad, Hermanas de Nuestra Señora de la Consolación, Hermanas Servidoras de Jesús del Cottolengo, Hermanas del Huerto, Hermanas de Jesús Nazareno, Hermanas de la Providencia de Gap, Hermanas de San José, Hijas de la Caridad, Hijas de la Cruz, Hijas de San José, Hijas de María Madre de la Iglesia, Hospitalarias del Sagrado Corazón, Hospitalarias de la Santa Cruz, Hermanas de los Pobres de San Pedro Claver, Hermanas Carmelitas de Orihuela, Hermanitas de la Asunción, Hermanitas de los Pobres, Mercedarias de la Caridad, Misioneras Hijas del Corazón de María, Misioneras de la Inmaculada Concepción, Misioneras de Santo Domingo, Obra Misionera de Jesús y María, Sagrada Familia de Burdeos, Sagrada Familia de Urgel, Sagrada Familia de Villefranche, Salesianas del Sagrado Corazón, Siervas de Jesús, Siervas de María, Siervas de la Pasión, Teatinas, Terciarias Capuchinas de la Sagrada Familia, Terciarias Franciscanas, Trinitarias Descalzas. Totales: Centros, 891; Congregaciones religiosas, 52; respuestas, 230.

SINTESIS DE LAS RESPUESTAS

Existe inquietud en esa comunidad religiosa porque se preste mayor atención a las tareas pastorales: ¿a nivel local?, ¿a nivel diocesano?, ¿a nivel nacional?

Dependencia patrimonial	Resp.	Inquietud mayor atención		
		Local	Dioc.	Nac.
Ayuntamiento	11	11	6	3
Beneficencia	10	6	3	—
Comunidad religiosa propia	19	15	11	8
Cruz Roja Española	12	10	7	2
Diputación	29	26	12	6
D.G.B.	2	2	—	1
D.G.S.	6	5	2	1
Ministerio Educación y Ciencia	6	6	4	—
Ministerio Ejército, Marina y Tierra	11	9	6	2
I.N.P.	28	27	17	5
18 de julio	5	5	2	1
Privados	42	34	27	10
Otra Comunidad religiosa: ajena	5	4	2	1
P.N.A. y E.T.	9	9	6	1
Servicio a domicilio	13	11	9	6

¿Qué es para ustedes la pastoral sanitaria?

Evangelización, 72. Evangelización, primacía testimonio, 33. Atención integral enfermo, 31. Sin entender pregunta, 35. Evangelización organizadamente, 21. No responden, 13. Ignoran lo que es, 12.

¿A quién le corresponde realizarla?

A todos los que trabajan con el enfermo, 63. A todos, especialmente a capellanes y religiosas, 33. A capellanes, religiosas y enfermeras, 28. A un equipo organizado, 23. A todo cristiano, 18. A los obispos, 10. Al equipo diocesano, 4. Nulas, 9. Sin captar la pregunta, 8. A las religiosas, 5.

¿Cómo se realiza esta pastoral sanitaria?

	Nivel local	Nivel diocesano
Individualmente. Se hace lo que se puede	60	
Deficientemente	45	20
No responden	27	86
Bien. Están contentas	22	
No se hace nada	17	24
Tradicionalmente	17	
Sacramentalización	12	
Capellán y religiosas	7	
Lo ignoran		49
Circulares, conferencias, cursos		14
A través de la FERS y Cáritas		7
Desean que se realice		7

¿Existe equipo responsable y programador de la pastoral sanitaria?

N.º centros	Provincia	Resp.	Nivel local				Nivel diocesano			
			Sí	No	Ign.	No r.	Sí	No	Ign.	No r.
10	Alava	1	—	1	—	—	—	1	—	—
5	Albacete	3	—	3	—	—	1	2	—	—
22	Alicante	9	—	3	4	4	1	—	4	2
6	Almería	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Ávila	1	—	—	1	—	—	—	1	—
14	Badajoz	6	1	2	1	2	—	2	1	3
25	Baleares	4	—	2	—	2	—	1	1	2
126	Barcelona	12	4	4	2	2	2	1	5	4
14	Burgos	2	—	1	—	1	—	1	—	1
10	Cáceres	3	—	1	—	2	—	1	—	2
31	Cádiz	7	—	4	—	3	—	4	—	3
11	Castellón	2	—	2	—	1	—	1	—	—
9	Ciudad Real	2	—	1	1	—	—	1	1	—
22	Córdoba	4	—	3	—	1	—	2	1	1
17	Coruña (La)	6	—	4	—	2	—	3	2	1
4	Cuenca	3	—	1	—	2	—	1	—	2
27	Gerona	3	—	2	—	1	—	2	—	1
16	Granada	4	1	—	1	2	—	1	1	2
4	Guadalajara	3	1	2	—	—	—	2	—	1
37	Guipúzcoa	6	—	2	—	4	1	1	—	4
3	Huelva	1	—	1	—	—	—	1	—	—
13	Huesca	4	—	2	—	1	3	—	—	2
17	Jaén	4	—	1	1	2	1	1	—	2
17	León	5	—	2	—	3	1	—	2	2
18	Lérida	4	—	1	1	2	—	1	1	2
13	Logroño	3	—	2	1	—	—	2	1	—
4	Lugo	2	—	1	—	1	—	1	—	1
57	Madrid	27	8	10	4	8	4	6	4	10
22	Málaga	3	—	2	—	1	—	2	1	—
23	Murcia	4	—	1	—	3	—	—	1	3
21	Navarra	6	—	5	—	1	3	2	1	—
5	Orense	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Oviedo	5	—	1	1	3	—	1	1	3
7	Palencia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Las Palmas	2	—	2	—	—	—	2	—	—
8	Pontevedra	4	1	3	—	—	1	3	—	—
4	Salamanca	1	—	1	—	—	—	—	1	—
11	Santander	1	1	—	—	—	—	—	—	1
1	Segovia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	Sevilla	4	1	—	2	1	—	—	2	2
4	Soria	2	—	—	1	1	—	—	1	1
20	Tarragona	4	—	2	1	1	—	1	2	1
5	Teruel	1	—	1	—	—	—	1	—	—
4	Toledo	2	—	2	—	—	—	2	—	—
32	Valencia	7	1	5	—	1	5	1	—	1
9	Valladolid	1	—	1	—	—	—	1	—	—
36	Vizcaya	4	—	1	—	3	—	3	—	—
3	Zamora	3	—	1	1	1	—	2	—	1
32	Zaragoza	7	—	4	1	2	—	4	1	2
13	Extranjero	1	—	—	—	1	—	—	—	1
	Sin remite	15	—	—	—	—	—	—	—	—
891 centros		207 respuestas								

Sugerencias: No dan sugerencias, 93. Orientación por medio de información y formación (reuniones, cursos, conferencias, circulares, etc.). Teniendo en cuenta distintas clases de centros: ancianos, cirugía general, psiquiátricos, etcétera, 61. Organización de equipos especializados, 43. Capellanes idóneos, vocacionados, 25. Más inquietud por el enfermo, 6. Coordinación diócesis-secretariado nacional, 3.

MESA REDONDA

«¿Qué esperan los obispos de las religiosas sanitarias y éstas de los obispos?»

Para reflexionar sobre lo que los obispos esperan de nosotras, religiosas sanitarias y lo que nosotras, esperamos de los obispos creemos necesario hacer una breve exposición de la situación actual con el fin de centrar el tema:

Hace algunos decenios, la vida religiosa se desarrollaba pacíficamente, en una tranquila seguridad en cuanto a las obras a llevar a cabo y con una autoridad irrefutable dentro de estas mismas obras.

La religiosa sanitaria ostentaba el monopolio de la asistencia al enfermo, se encontraba en una sala con unas cuantas empleadas y no tenía necesidad de ningún título. La caridad suplía todo. Ahora en un hospital suele haber una comunidad reducida frente a un numeroso grupo de enfermeras y la ley exige la titulación adecuada.

Desde 1953, fecha en que reestructuran las enseñanzas de enfermería en nuestro país y principalmente después del Concilio, las comunidades religiosas han realizado grandes esfuerzos para preparar profesionalmente a sus miembros. Este deseo de preparación científica-técnica para poder continuar la labor apostólica, la escasa formación de años anteriores y el trabajo permanente del hospital no ha favorecido un equilibrio, favoreciendo en cambio una especie de dicotomía entre atención material y espiritual. Hoy, la religiosa sanitaria se resiente al ver que es una enfermera más. Sabe que tiene que servirse de los avances de la ciencia y de la técnica no dejándose dominar por ellos porque cada enfermo es imagen de Dios.

— Sabe que tiene que insertarse profesionalmente y por ello acceder a los puestos de mando por el mismo proceso que los seglares.

— Sabe que tiene que preocuparse de su formación permanente porque su trabajo es el medio valiosísimo para dar a conocer a Cristo a ese hombre *todo entero* al que van dirigidas todas sus atenciones: materiales y espirituales.

— Sabe —ante todo— y esto *le inquieta en la hora actual* que es responsable de una tarea que la Iglesia le ha encomendado. Sabe que tiene que contribuir a ella con todo lo que ha recibido del Señor para darlo a conocer y se encuentra *impotente*, necesita: *orientación, potenciación, métodos adecuados*.

Por esto agradecemos al Señor este encuentro que calificamos de *providencial* entre los obispos y la religiosa sanitaria. Agradecemos también a la Conferencia Episcopal Española la creación del Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria.

● A este respecto, señor obispo, ¿cuál cree usted que es la misión de un Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria?

● Con alegría veríamos el que en un futuro *próximo* desplegase su acción. Acción tan esperada no sólo por religiosas, sino también por médicos, enfermeras, etc., porque urge para garantizar su presencia, cada vez más vigorosa de la Iglesia.

● Volviendo a la necesidad de orientación, nos podrían decir ustedes cómo ven la presencia de la religiosa en el hospital de hoy, en el mundo de los enfermos de este complejo siglo xx, para que sea evangélica.

● Recordando que casi 14.000 religiosas trabajan en el mundo de los enfermos por el que más tarde o más temprano tendremos que pasar todos, ¿qué esperan ustedes como pastores, de ellas?

● Pieza clave de la pastoral sanitaria, es el capellán, quisieramos aquí dejar constancia que tenemos de sacerdotes vocacionados, preparados y aptos para este ministerio. Al respecto quisiéramos preguntar si actualmente en los seminarios se despierta la vocación a los futuros sacerdotes hacia el campo sanitario, hospitalario, parroquial. Si existe un programa de formación al respecto.

● Para terminar quisiéramos insistir dejando patentes las inquietudes que existen en todos los sectores, las iniciativas que brotan, la necesidad de ver claro para que la pastoral sanitaria sea una realidad. Por ello nos preguntamos si no sería factible un encuentro nacional, convocado por el obispo responsable del Secretariado, de todos aquellos grupos que desarrollan su labor apostólica entre los enfermos para intentar dar forma a los órganos que tendrían que componer el Departamento Nacional de Pastoral Sanitaria. Quizás de este modo podrían *nacer* esas líneas de acción tan esperadas en España.

I ENCUENTRO NACIONAL DE PROFESORES DE RELIGIÓN DE LAS ESCUELAS DE ATS

Elaborar nuevas bases para la programación de la formación religiosa y moral de enfermeras y seguir realizando intercambios a todos los niveles han sido dos de las conclusiones del I Encuentro Nacional de profesores de religión y moral profesional, de escuelas de ATS que acaba de celebrarse en Aravaca (Madrid).

Se ha constituido también una comisión nacional, compuesta por ocho coordinadores regionales, que en unión con el secretario nacional de pastoral sanitaria y del CENIEC (Centro Nacional de la Iglesia para la Educación Cristiana) trabajará en la elaboración de las nuevas bases de programación de la formación religiosa y moral de los ATS.

Al I Encuentro de Aravaca asistieron 64 profesores de religión de las escuelas de ATS, de todas las regiones españolas. Los moderadores fueron el Padre José Manuel Arenal, profesor de religión de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y el Padre Alfredo Colorado, director del CENIEC. El encuentro ha sido organizado por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

TARRAGONA

RELIGIOSAS ENFERMERAS REUNIDAS EN EL HOSPITAL DE SANTA TECLA

Se concentraron en el hospital de Santa Tecla más de cincuenta religiosas enfermeras de todo el arzobispado de Tarragona y pertenecientes a todas las congregaciones religiosas que se dedican a hospitales y a residencias geriátricas en la archidiócesis.

Organizó el encuentro la delegación diocesana de religiosos y se confió la dirección del encuentro al Padre José

L. Redrado, de san Juan de Dios, especialista en temas sanitarios.

Las sesiones duraron de las 16,30 a las 20,30 de la tarde del sábado y de las 9,30 a las 14 horas de la mañana del domingo.

El tema central de reflexión y discusión fueron las relaciones humanas con el enfermo abordando en un segundo momento las necesidades religiosas del enfermo y la ayuda que se le puede prestar en ese momento difícil de la enfermedad.

Fueron muy interesantes las discusiones por grupos después de la exposición del ponente y fueron muy importantes las observaciones hechas en el campo de la psiquiatría y geriatría, en el momento final de la puesta en común. Todo se desarrolló en un clima de gran interés, de mutua colaboración y de profunda amistad.

Ha sido el primer encuentro de religiosas enfermeras a nivel de archidiócesis.

BARCELONA

CLAUSURA DEL TERCER CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

PALABRAS DEL DOCTOR LUIS HERNANDO

Queridos amigos: Hay algo en mi intervención de esta mañana que confío será del agrado de todos, voy a ser breve. La redacción del programa que titula mi intervención: *Palabras*, deja bien claro que no hay lugar para un discurso. Sin embargo parece necesario hacer una síntesis, un balance de este III congreso y también un parangón con reuniones anteriores. Sin duda, la que hoy termina ha tenido diferencias, no todas del mismo signo, con las precedentes y me gustaría presentar unidos los aspectos positivos y negativos con la esperanza de que al término de mi exposición lleguen todos a las mismas conclusiones halagüeñas por mí sacadas en el repaso de esta semana de apretado trabajo.

El primer aspecto digno de ser resaltado a pesar de que parece obvio es el de sus condiciones de Tercer Congreso, ello le diferencia de los anteriores I y II y tiene el tremendo sentido de la continuidad, volvernos a reunir por tercera vez transcurridos 5 años del primer congreso tiene un significado especial, resulta más sencillo comenzar las cosas que proporcionarles continuidad y esto, cierto en cualquier país del mundo, lo es todavía mucho más en nuestra querida España. Por otra parte y como contrapunto para este trascendente aspecto positivo no puedo dejar de hacer mención del ambiente externo, poco propicio, en el que nos hemos visto obligados a celebrar el congreso. No es este el lugar ni el momento de juzgar la justicia o las razones que han motivado la actual situación pero sí quisiera unir mi voz a los que en días anteriores la elevaron para calificar de incomprensible la actitud de falta de responsabilidad de determinados miembros del equipo de salud.

El segundo aspecto a subrayar por su marcado carácter positivo, es de la organización conjunta de esta tercera reunión por dos asociaciones. Creada la de la región centro por el estímulo de la catalana. Esta le ha dado el espaldarazo en esta III salida pública y pienso que los problemas derivados de la dualidad organizativa han sido amplia-

mente compensados por lo que supone la existencia de dos organizaciones hermanas laborando juntas con los mismos fines.

En tercer lugar, y si lo he dejado para lo último ha sido con el fin de concederle todo su verdadero valor, ha sido éste el I Congreso Iberoamericano de Actividades Hospitalarias, la presencia de personalidades relevantes de la América Latina venidas del otro lado del Atlántico a discutir con nosotros problemas comunes y a mostrarnos las soluciones por ellos ofrecidas, su concurso y sus intervenciones han contribuido de manera elegante a paliar la ausencia de altos cargos de la Administración otras veces presentes. Aunque conviene tener en cuenta que la falta de presencia física no significa forzosamente desinterés y que es nuestra obligación hacer llegar a los más altos cargos de la administración las importantes conclusiones que hace un momento aprobábamos por unanimidad y con aplauso.

Hasta aquí las diferencias, pasemos revista ahora a otros aspectos en los que el congreso se ha mantenido a los niveles muy altos alcanzados por los precedentes.

En enumeración sucinta no puedo dejar de mencionar la organización técnica perfecta, la categoría de los ponentes y la altura con que han sido tratados los temas, el alto nivel de las discusiones y sobre todo la atención sin desmayo de los asistentes, entre los que quiero destacar el nutrido grupo de enfermeras, con hábito o sin él, que han demostrado su elevado interés y su preparación en la cada día más compleja problemática hospitalaria.

Como decía al comenzar, creo firmemente que el balance global de esta III reunión, hoy clausurada, se cierra con signo positivo. Alcanzadas unas cotas ya muy altas, las diferencias sutiles de progresos importantes son mucho más difíciles de percibir porque comparan desfavorablemente con el gran ascenso del empujón inicial.

Y para terminar permítanme que les diga mi confianza en el futuro, mi esperanza de que antes de que transcurran dos años nos habremos vuelto a reunir en un IV congreso que será organizado conjuntamente por al menos tres asociaciones regionales. En este acto de fe sobre el porvenir pesa de un modo preminente mi confianza en la asociación catalana, motor fundamental de esta gran obra y a quien para finalizar quisiera expresar en nombre de todos y muy especialmente en el mío propio, la gratitud y la admiración que por su labor se merece.

ACUERDOS

Se preconiza la creación de un Servicio Nacional de Salud inspirado en los siguientes principios:

- La utilización de todos los recursos públicos y privados de equipos e individuos, ordenándolos y regionalizándolos.
- El Servicio Nacional de Salud debiera ser un ente técnico y administrativo sin poseer por sí mismo instalaciones.

Profundizando en el conocimiento de los recursos humanos.

- Se hace necesario impulsar en los servicios públicos, la autonomía, la responsabilidad y la capacidad de asumir compromisos de cooperación incorporando todas las fuerzas sociales, públicas o privadas.

- Garantía de acceso fácil a todos los recursos por parte de cualquier ciudadano.

- Asegurar la libre elección de médico y hospital dentro de las lógicas limitaciones técnicas.
- Instaurar un sistema independiente de control de la calidad asistencial y de la integración de la opinión de los usuarios.
- Creación de una línea de crédito con intereses sociales al alcance de cualquier iniciativa que venga a coadyuvar a la solución de esta problemática.
- La conveniencia de ligar la concesión de créditos financieros a la eficacia, acreditación y uso económico de los recursos.
- La creación de un Centro de Informática Sanitaria Nacional que integre información médica, derechos derivados de seguros e información económica y funcional de los centros.
- La identificación del usuario por un sistema organizado que facilite el uso de servicios y derechos.
- Que se establezca la obligatoriedad del Registro Médico o de Historias Clínicas a todos los niveles de atención, inclusive el privado que permita un adecuado control de la calidad de la atención de salud.
- Que se legisle en forma definitiva y clara la calificación de los distintos especialistas en las diferentes profesiones de la salud.
- Que por parte del Ministerio correspondiente se creen mecanismos de acreditación que garanticen un nivel de calidad mínimo y experiencia a los graduados de las diferentes profesiones de la salud.
- La sociedad española actual exige una información a la que tiene derecho, como tiene derecho a la intimidad y a un trato humano y respetuoso en los hospitales. La educación sanitaria es responsabilidad compartida del gobierno y de los profesionales e instituciones sanitarias.
- La arquitectura en los hospitales debe responder a un programa funcional cuyos principios deben presidir y preceder al mismo diseño.
- La ingeniería sanitaria íntimamente integrada en la arquitectura debe responder a altos standards de calidad, ya que el entorno ambiental que provee a los pacientes, posee una influencia directa en su bienestar e incluso en la evolución de sus procesos.
- Todo hospital debe tratar de organizar la tecnificación de sus servicios de alimentación dentro de la técnica y con el concurso de profesionales dietistas; profesión que requiere un esfuerzo dentro de la planificación de los recursos humanos.
- Los hospitales deben contar con una comisión interna de farmacia y terapéutica que vele por: La normalización farmacológica. La actualización de las prácticas farmacoterapéuticas. La educación continuada interna en este campo. La instauración de un espíritu crítico conducente a evitar terapéuticas innecesarias y a fomentar la educación, eficacia y economía en el uso de tan indispensable recurso.
- En cuanto a política de personal se debe promover la profesionalización de todas las categorías laborales que intervienen en la actividad hospitalaria dada la responsabilidad de cada misión en el conjunto.
- Es de todo punto necesario que las estructuras del hospital y su organización interna se orienten a la asistencia completa y al bienestar del enfermo teniendo siempre presente que el hospital es el que tiene que servir al hombre y no a la inversa.

- Se ha de procurar por todos los medios la humanización del hospital que, aunque es función de todos los que en él intervienen han de encontrar un especial apoyo en los servicios sociales que deben fomentarse al máximo.
- La acreditación hospitalaria tanto interna como externa, es necesaria. Esta última de carácter voluntario debe ser conducida por: Un comité independiente y debe acomodarse a los patrones internacionales admitidos.
- Rechazar la inclusión de los estudios de enfermería en formación profesional de segundo grado.
- Se pide la estructuración a nivel universitario, de la carrera de enfermería.
- Solicitar la creación de un organismo, Federación o Junta, reconocido oficialmente, que agrupe a representantes de las distintas escuelas de ATS a nivel provincial y central, siendo éste el encargado de fijar los mínimos exigibles a las escuelas y de responsabilizarse del nivel dado en cada una de ellas.
- Recomendar a la Comisión Interministerial encargada de la Reforma Sanitaria, se haga eco de las aspiraciones de los profesionales de enfermería, que piden ser consultados y participar activamente en la reforma antes de que ésta se haga efectiva.
- Los hospitales de la Iglesia están cumpliendo una función social. Para conseguir la debida fluidez en esta función deben disfrutar de las mismas disposiciones que rigen para los demás hospitales del país, eliminando aquellos controles administrativos decimonónicos que dificultan la gestión. El único control, debe ser técnico. Deben ser sometidos a la oportuna acreditación por el organismo sanitario correspondiente, para proseguir su actividad asistencial.
- Las peculiaridades del hospital psiquiátrico en relación con los hospitales generales entrañan la conveniencia de dotarles de una estructura arquitectónica especial, de organización interna, y formación del personal.
- Necesidad de atender a las instituciones intermedias de cara a la rehabilitación psicosocial de los enfermos psíquicos.
- Necesidad de que la Seguridad Social incluya la atención terapéutica en régimen de internamiento, a los enfermos psíquicos.
- Necesidad de participación de representantes de los propios enfermos en el proceso de análisis y organización de la asistencia psiquiátrica.

SEMINARIO SOBRE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

En el seminario celebrado en Barcelona sobre el tema enunciado se tomaron, entre otras, estas conclusiones:

- La rehabilitación es posible y necesaria. El número de asistentes al Seminario y el interés demostrado por el tema lo confirman.
- Debe considerarse y realizarse como algo perfectamente integrado en la asistencia global.
- En la práctica psiquiátrica se han de utilizar todos los recursos disponibles, pero haciendo un mayor énfasis en unos u otros según el momento evolutivo del enfermo y de la institución.
- Es necesaria la provisión de medios económicos sufi-

cientes para que la rehabilitación pueda ser efectiva.

— No se ha de confundir la rehabilitación en el hospital con el trabajo para el hospital.

— En el proceso rehabilitador, el sujeto del mismo debe recibir suficientes opciones y estímulos para que se despierte su interés en la participación activa.

— La participación del enfermo en la distribución del dinero forma parte del proceso rehabilitador.

— La existencia de calificativos muy diversos (institucionalizado, explotado, alienado, etc.), referentes a los enfermos, y que se dan en la práctica cotidiana de los hospitales, demuestra la persistencia de tendencias opuestas al proceso rehabilitador y da una idea de las dificultades que entraña este proceso.

— La utilización de unas mismas palabras con ideologías y fines prácticos diferentes hace que la comunicación y entendimiento sea más difícil.

— La rehabilitación *rezuma* aspectos económicos (por ejemplo: cuanto antes se rehabilita un enfermo más se encarece el gasto por cama hospitalaria).

— La rehabilitación actual debe contemplar su presente en el hospital psiquiátrico y su proyección hacia la comunidad.

— Se evidencia la necesidad de una planificación de la asistencia psiquiátrica considerando su directa influencia

sobre las posibilidades rehabilitadoras. En este aspecto se consideran positivas las tendencias a la sectorización, así como una mayor relación entre los hospitales psiquiátricos.

— La rehabilitación actual debe contemplar su presente dinámico que se desarrolla en tiempo y en mucho tiempo, a través de unas etapas progresivas, precisando de unos medios e instrumentos de carácter especializado.

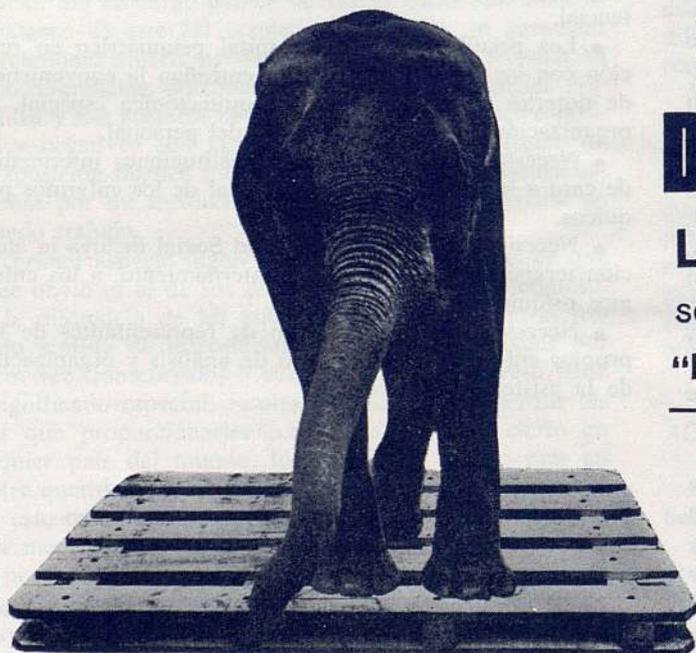
— La rehabilitación exige un número de personal suficiente y con características idóneas, debiendo existir los suficientes cauces de participación que permitan el trabajo en equipo.

— La técnica de la rehabilitación consiste en proporcionar un programa amplio y flexible de trabajo al tiempo que se va preparando al paciente para una progresiva independencia a nivel social.

— La rehabilitación intrahospitalaria es insuficiente, pues se necesitan centros intermedios que posibiliten la progresiva integración del paciente en la comunidad.

— Los modelos organizativos de la rehabilitación en cada hospital estarán en función de condicionamientos tanto internos como externos (número de enfermos, personal, medios económicos y ambiente sociocultural).

— Los frutos más importantes del Seminario no son los que se puedan deducir de las conclusiones, sino la relación establecida entre las personas participantes.



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo

"Recommandation ISO"

más sólidas
(pino pirineo)
más duraderas
(ensamblaje con clavos de torsión)
más económicas

Medidas Standard y especiales

|| palettes ||



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

Solicite información a:

JOSE TORRES GAMBON

maderas - carpintería - embalajes

Rubio y Ors, 13 al 25

Tel. 377 00 90

Cornellá (Barcelona)

INDICE GENERAL/75

ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES

El médico, la enfermera y el enfermo ante la muerte	6
Bases para el establecimiento del presupuesto general del hospital	13
El secreto profesional y la enfermera	15
El problema de la selección en las escuelas de enfermeras	54
La problemática humana de la familia del enfermo.	61
Reglamento general de las instituciones hospitalarias, número monográfico	102
Asociación de voluntarios de san Juan de Dios.	134
El enfermo es el único que tiene derechos en el hospital	150
El médico ante los contraceptivos.	157
Niños para quemar.	167
Enseñanza pediátrica al post-graduado	169

PASTORAL HOSPITALARIA

Cursillos de actualización hospitalaria	17
La unción de los enfermos	25
Declaración sobre el aborto. Sagrada Congregación Doctrina de la Fe	30
Pablo VI orienta nuestra acción hospitalaria	37, 82, 177
Derecho a la vida y derecho a la muerte	64
Orientaciones teológico-bíblicas sobre pastoral de enfermos	69
La enfermedad prueba de la fe	75
Por qué y para qué un servicio religioso en el hospital	172
Asamblea de la Federación española de religiosas sanitarias	182
Clausura del tercer congreso nacional de hospitales.	185
Seminario sobre rehabilitación psiquiátrica	187

NOTICIARIO

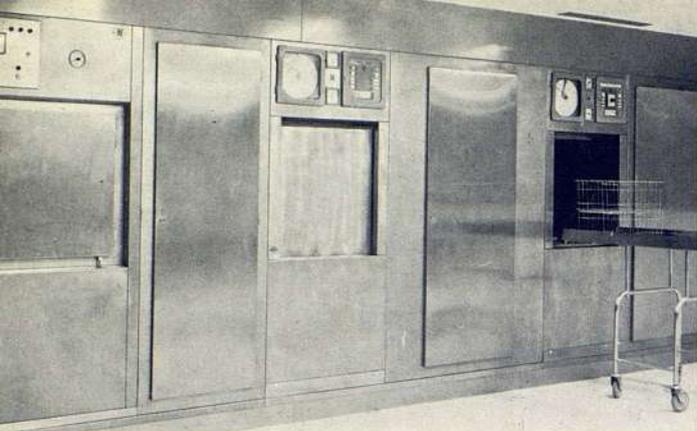
Curso para personal docente escuelas ATS	39
Cursillo de actualización hospitalaria	49
Cursillo sobre técnicas de quirófanos	40
Inauguración del centro de Salud mental. Tlalpan	83
Una vida consagrada a los enfermos mentales. Cholula	87
Curso de dirección y administración de hospitales. Zapopan	87
El aborto un crimen	91
Asociación mundial de médicos en pro de la vida. Humanae vitae	92
Morir con dignidad	139
El sacramento de la Unción de los enfermos y la pastoral	140
Los representantes de los hospitales psiquiátricos	140
Enfermería hospitalaria	141

NOTICIAS BREVES 41, 88, 142, 188

BIBLIOGRAFIA 45, 93

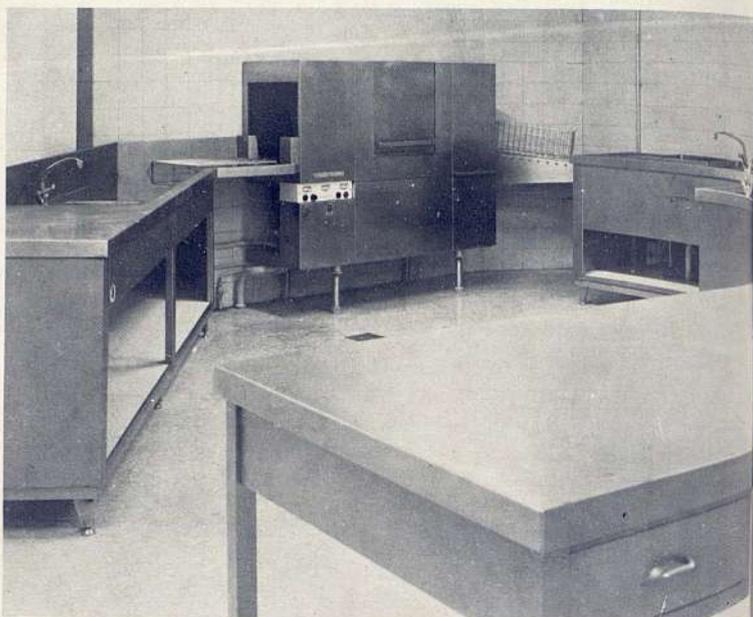
FOTOGRAFADOS

Mesa presidencial ATS Universidad de Navarra.	55
Grupo de enfermeras	57
Doctora Carmen Comeche	61
Pablo VI	82, 177
Tlalpan, México, clínica San Rafael. Varios	83
Dr. Edmundo Buentello	87
Entrega de diplomas en Zapopan.	87
Estampa de una enfermera	167



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

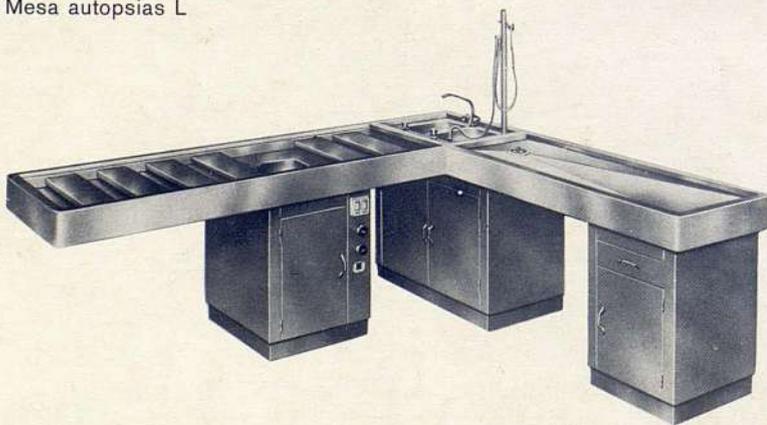
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
Esterilizado
Almacenaje de cuñas

Entrega de:

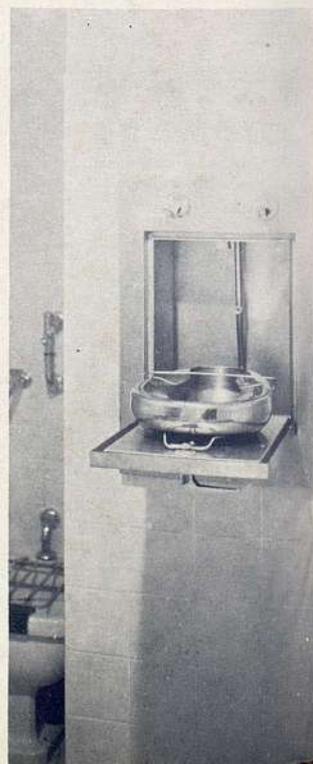
- Autoclaves automáticos
- Esterilizadores por aire caliente
- Lavadoras por ultrasonidos
- Carros herméticos, térmicos-portacomidas,
transporte ropa limpia-sucia
- Mesas de autopsias
- Lavabos médicos
- Ventanas guillotina



Mesa autopsias L



Lavador
de cuñas



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS

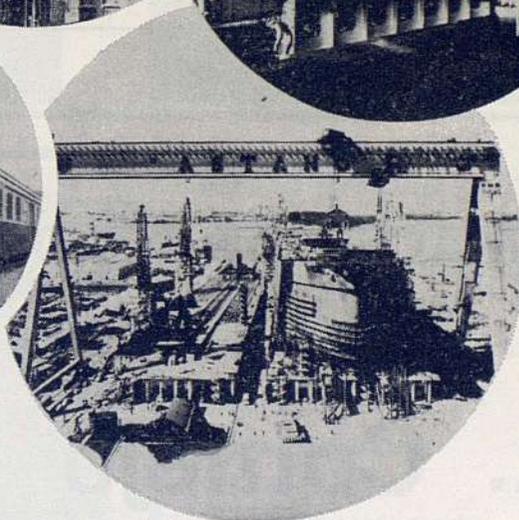
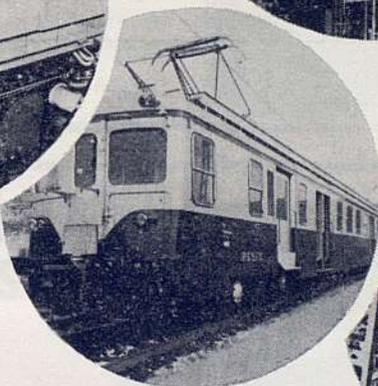
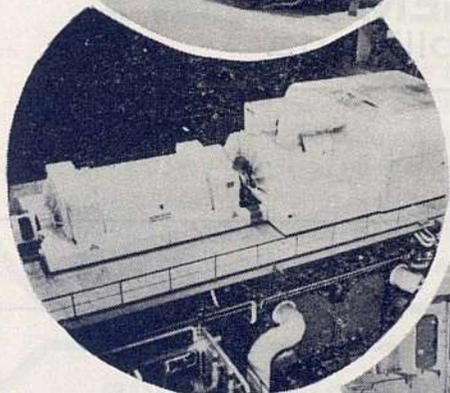
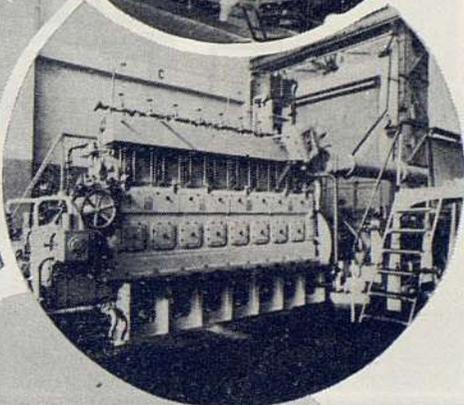
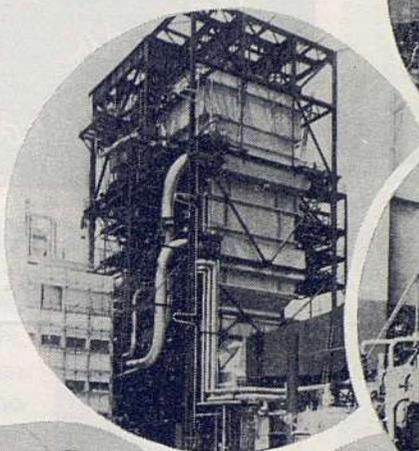
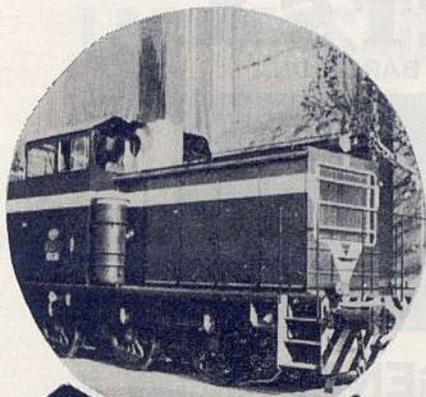
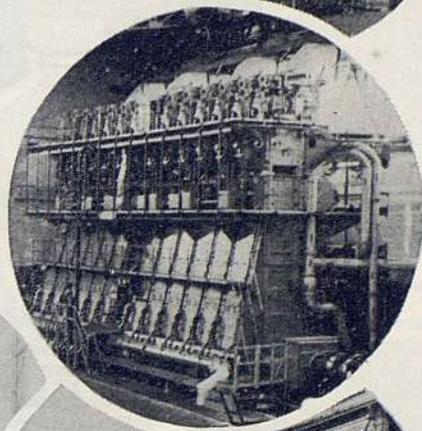
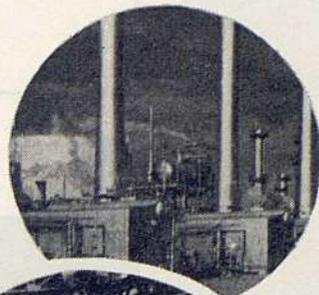


Antonio Matachana, s.a.

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

PARA HOMBRES QUE DECIDEN y piensan en el futuro

Donde usted vea progreso, allí está LA MAQUINISTA. En los muelles, sus potentes grúas. En los buques sus motores marinos. Tierra adentro, sus modernas y rápidas locomotoras. Entre altas montañas, sus centrales eléctricas. En los grandes complejos fabriles, sus equipos para plantas industriales y de proceso. En los talleres, sus grupos electrógenos. Trenes eléctricos, turbinas, calderas, maquinaria eléctrica. El progreso va asociado a LA MAQUINISTA.



LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A.

Fernando Junoy n.º 2 - Teléfono 307 57 00 - Apartado 94 - Barcelona-16



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

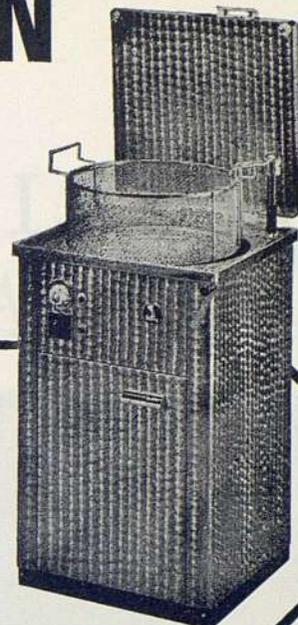
CASPE, 33 B
TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62
BARCELONA (10)

FRIA MAS Y MEJOR CON



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

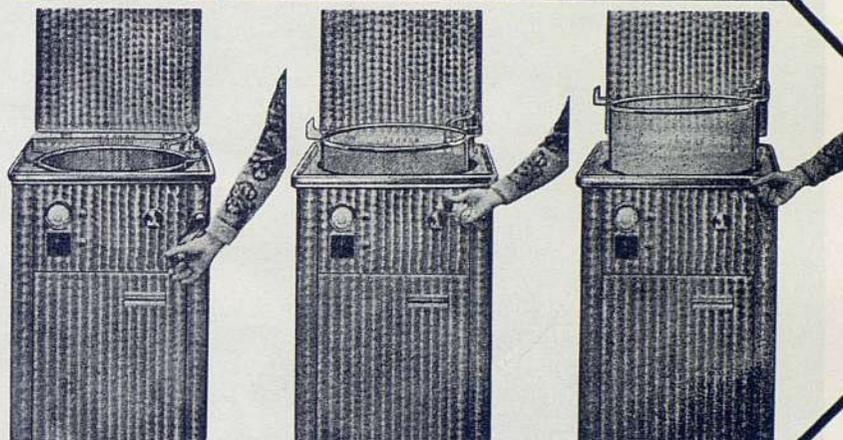
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

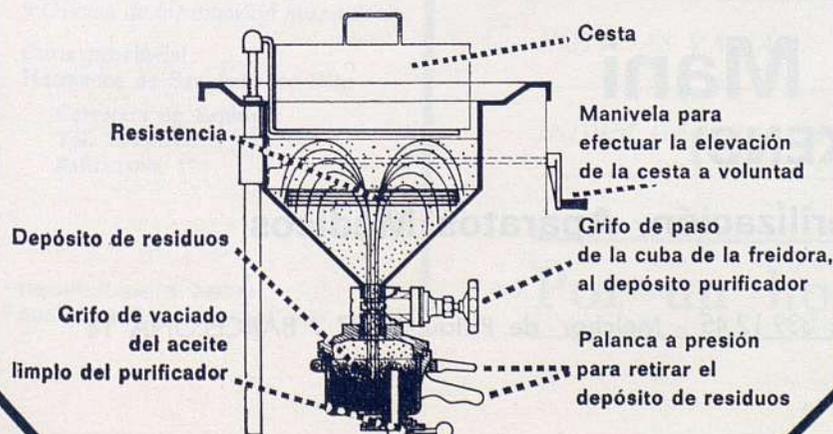
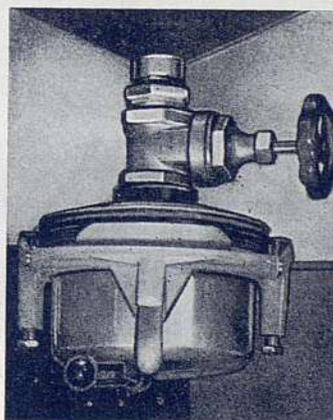
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

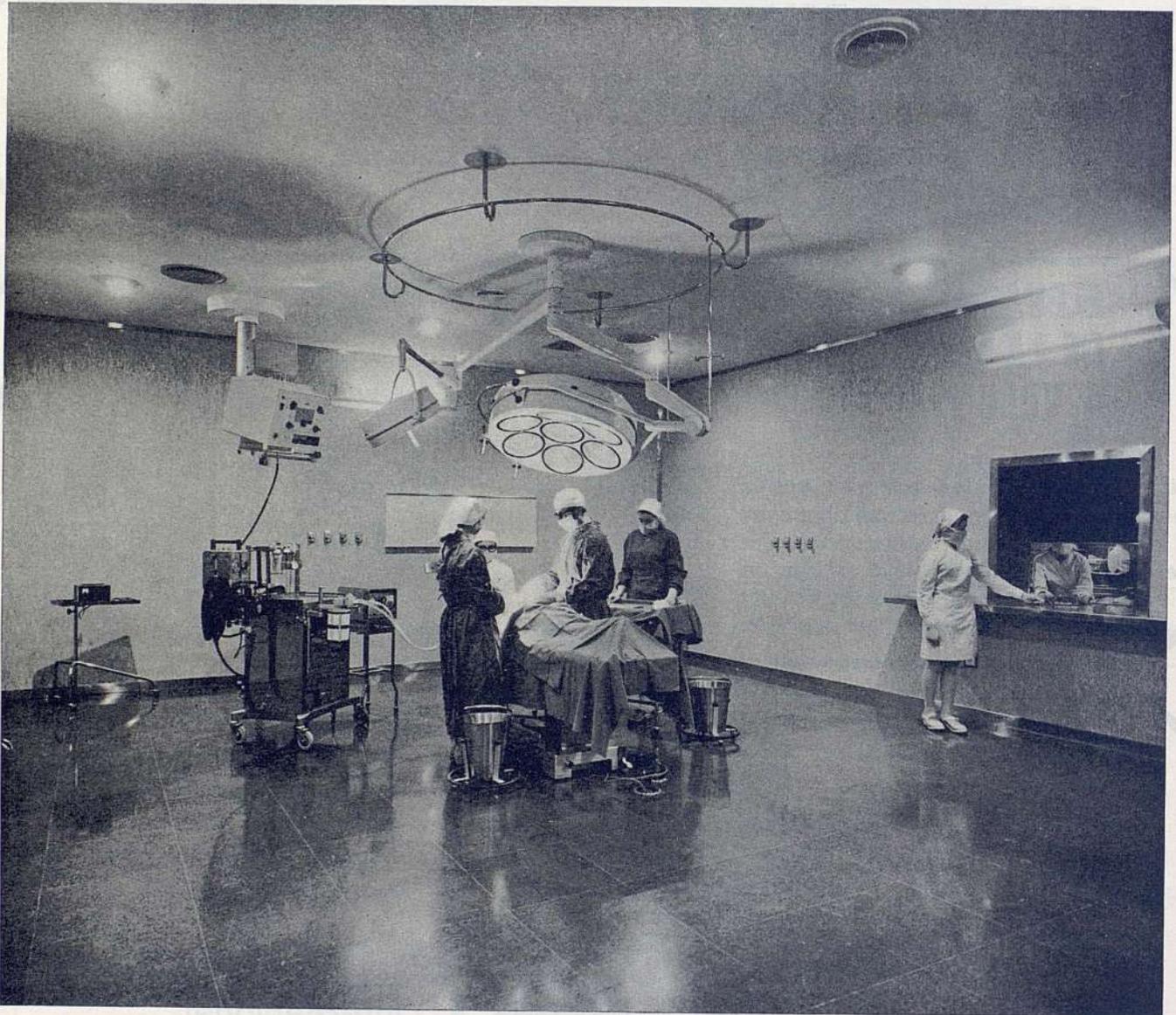
Modelo interesado

Don

Domicilio

Población

Provincia



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

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

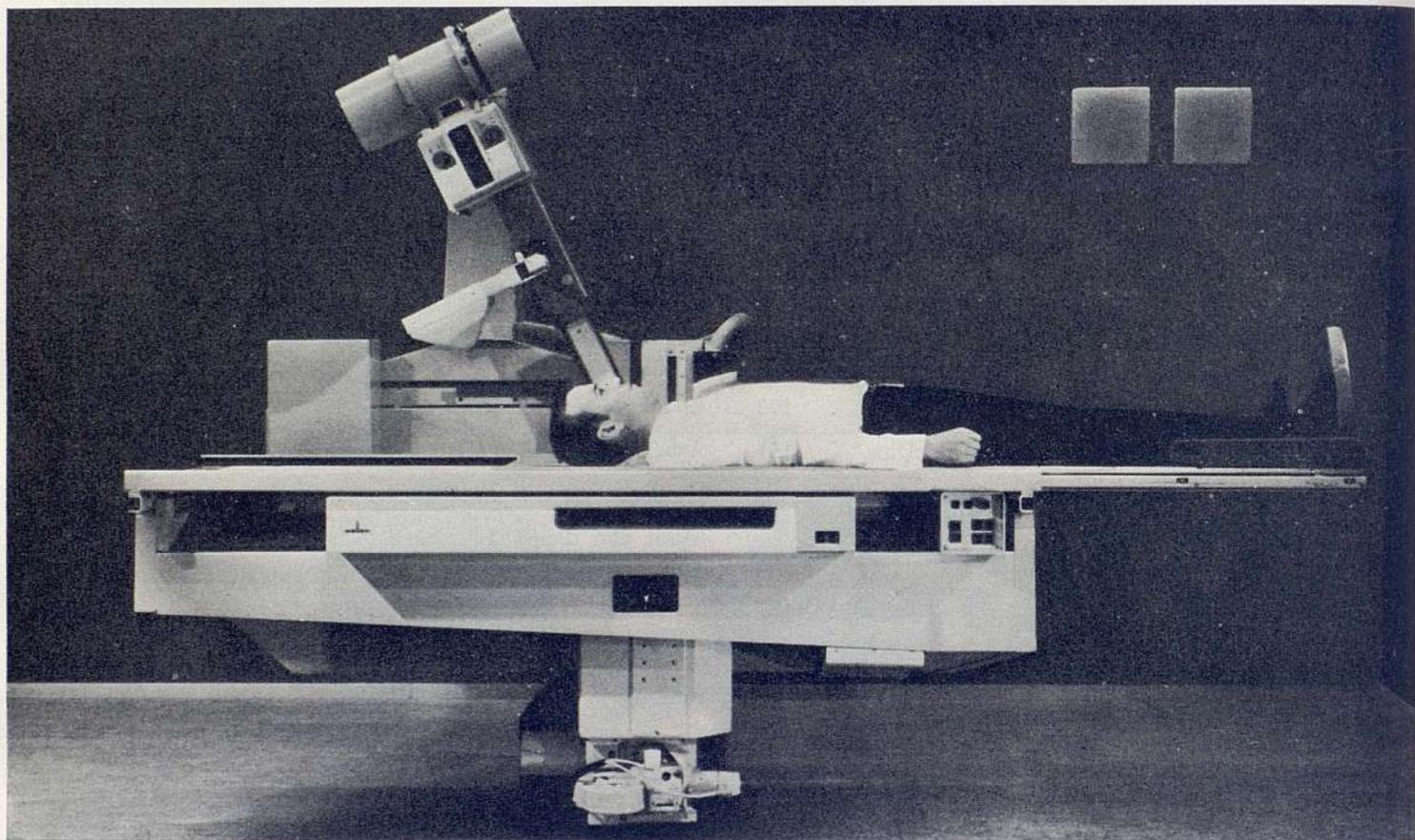
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



SIEMENS

Con telemando



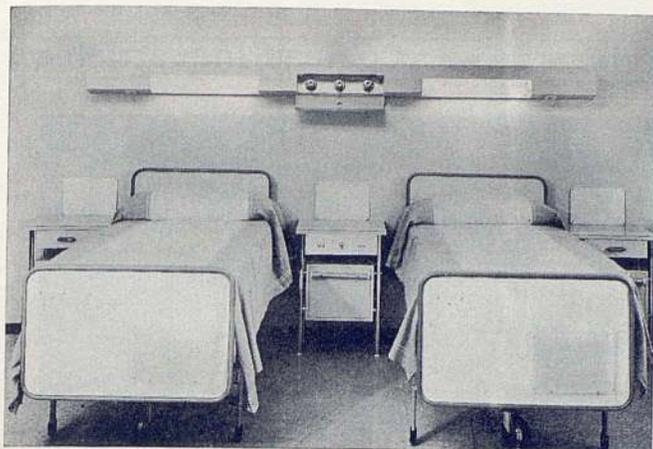
Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático 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

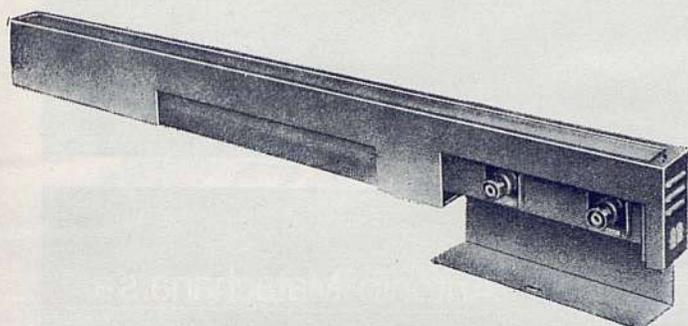
SIREGRAPH

SIEMENS S. A.
Dpto. ELECTROMEDICINA
Orense, 2
Madrid - 20

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

CON INCORPORACION DE:

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

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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



Tipo PL - 165

DIVISION MEDICA

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

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



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

panhos s/a

Jovellanos, 21
San Adrián de Besós (Barcelona)
Tels. 381 19 12 / 381 18 66

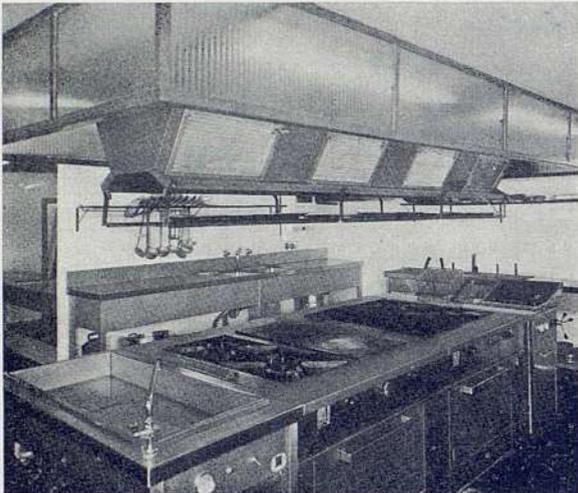
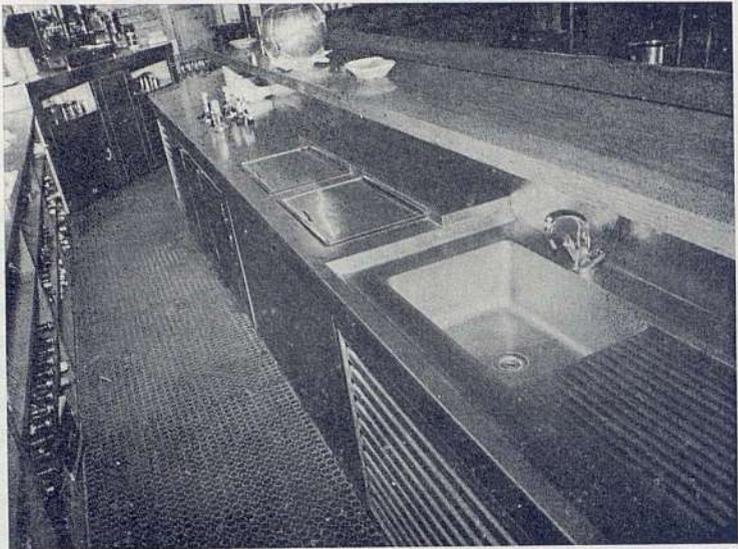
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cafetería

Servicio cocinas



Antonio Matachana, s.a.

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



MAQUET

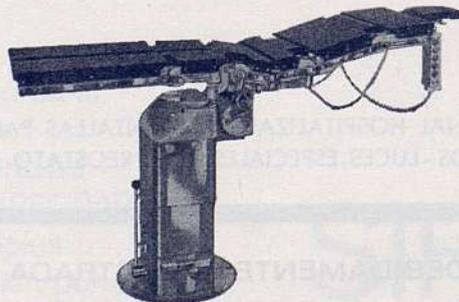
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos



Electromedicina

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

VALENCIA 8 - Lorca, 7 y 9 - Tel. 26 33 05*
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46

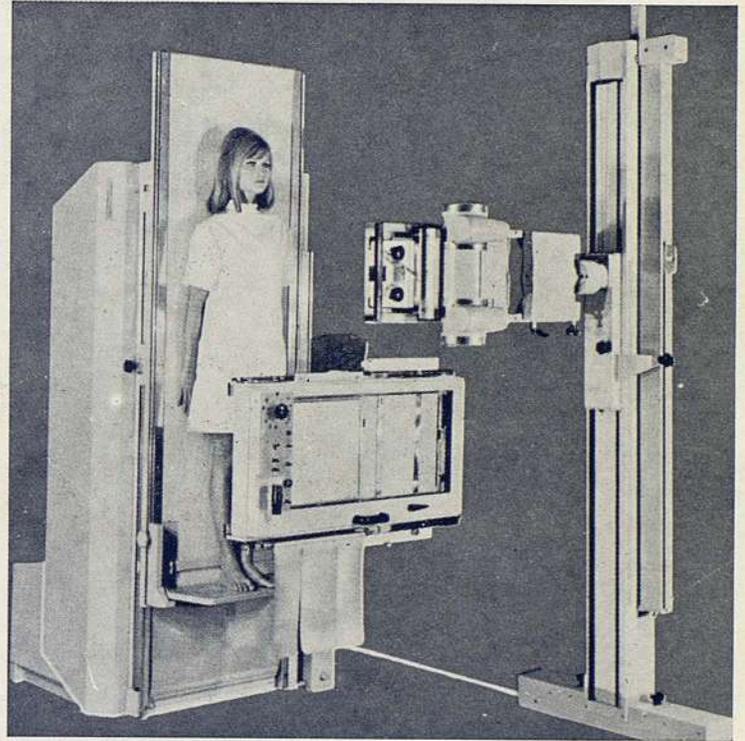
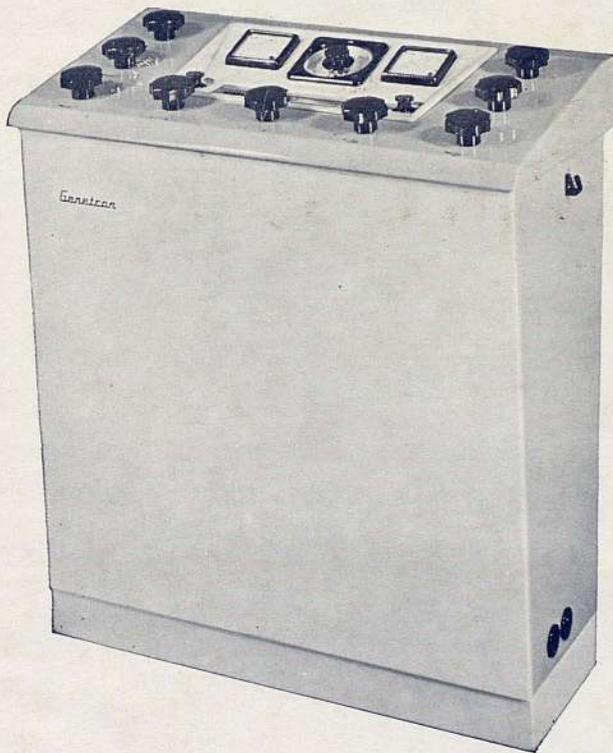
POR FIN...

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

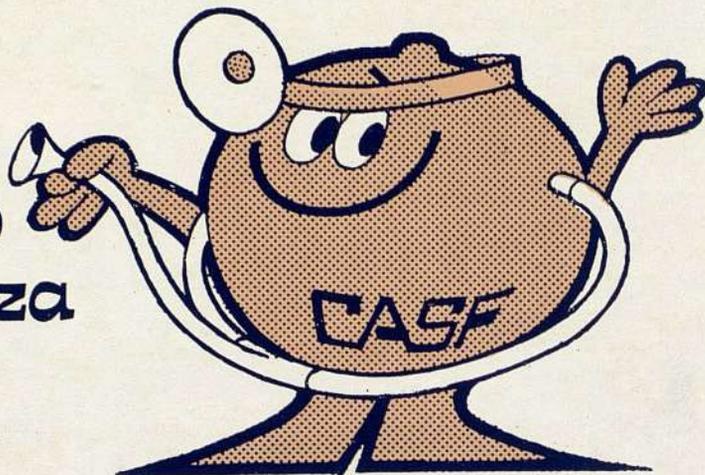
Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada 

CENTRAL

Rivadeneýra, 6 / Plaza de Cataluña
(Tel. *329 62 54)

AGENCIAS

Cardenal Tedeschiñi, 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 Cubí
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, 92 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
Violante de Hungría, 100-102 (Torr. Perales)

HOSPITALET DE LLOBREGAT

Maladeta, 10 / Mina, 42
Ctra. de Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

S. ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA:

Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII

PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

i Vale más quien sirve mejor!