ORGANIZACION Y PASTORAL DE HOSPITALES

LABOR HOSPITALARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 30. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1977
Número 164. Volumen IX

Consejo de Redacción
Director
ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes
Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores
Gestión Hospitalaria
José M.ª Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eseverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Etica Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores
Joaquín Plaza, Pedro Clarós, Amado Palou, L. Gil Nebot, José L. Alabert, José M.ª Sostres, Ascensión Zubiri, Felipe Alaez, José Sarrió.

Administración, Publicidad
y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 17

Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

54 PASTORAL HOSPITALARIA

ORGANIZACION DE HOSPITALES

56 HACIA UNA ASISTENCIA MEDICA HUMANITARIA
Por Salvador Pellicer

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

61 EDUCACION DE ENFERMERIA
Por Myriam Ovalle Bernal

66 ANALISIS CRITICO-VALORATIVO DE LOS JEFES DE ENFERMERIA
Por Cecilio Eseverri Chaverri

PASTORAL HOSPITALARIA

71 PANORAMICA ACTUAL DE LA PRESENCIA DE LA RELIGIOSA SANITARIA EN LA IGLESIA ESPAÑOLA
Informe de la FERS

75 LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL HOY

78 FRENTE AL MISTERIO DEL DOLOR
Por P. A. Rutili, M. I.

TEMAS DE DIVULGACION HOSPITALARIA

84 EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA «SAN RAFAEL»
Por los doctores Guillermo Calderón y Salvador González

88 CARTA DE GINEBRA, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

NOTICIARIO

89 HOSPITALES

91 PASTORAL

93 REVISTA DE REVISTAS

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

LH opina

PASTORAL HOSPITALARIA

Era a finales de 1967. Un grupo de hospitalarios de san Juan de Dios se reúnen en estudio y reflexión y surge —entre otros muchos temas— un breve desarrollo teológico-pastoral sobre la enfermedad y la asistencia pastoral a los enfermos. No pasará un año y ello germina en una nueva orientación de la revista LABOR HOSPITALARIA *y el comienzo de las semanas de pastoral de enfermos: Zaragoza, Pamplona, Bilbao, Valencia, Santiago de Compostela, Sevilla, Barcelona. Eran las primeras piedras de un edificio que ha ido creciendo con nuevos materiales y nuevos trabajadores. Los cimientos estaban ya echados y el primer contacto con la Jerarquía se haría a través de un Informe que tuvo su punto de arranque en la semana de Pamplona —septiembre de 1970—; en él se daba cuenta de la situación global de la pastoral de enfermos y se pedía la creación de un Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. La petición no se hizo esperar.*

Y si el camino de ayer *no fue fácil el de* hoy *seguro que tampoco lo será. Una vez despertados a esta nueva realidad, estamos experimentando un avance muy positivo, si bien todavía no es el momento de recoger frutos, sino el de despertar inquietudes, preparar el terreno y sembrar. Los signos de esta realidad los encontramos ahora en una mayor intensidad de encuentros a distintos niveles y la intensa labor del Secretariado Nacional con un firme propósito de apertura y de realización concreta.*

Pero una pastoral que seguramente ha nacido en el hospital no puede quedarse encerrada en él. Una pastoral que ha sido ejercida principalmente por elementos religiosos —sacerdotes y religiosas— no puede permanecer con un sentido clerical. Y una pastoral que ha estado muy centrada en los sacramentos debe abrirse y contemplar nuevas realidades,

He aquí tres aspectos urgentes que la nueva forma de pastoral tendrá que tener delante y estudiar. Es decir, la pastoral debe tender hacia fuera y ver el campo inmenso de los enfermos; no debe ignorar que éstos no sólo están en el hospital, sino que son muchos —muchísimos— los enfermos domiciliados; de aquí que la comunidad parroquial deba descubrir qué tipo de presencia y atención reclaman.

Los otros dos aspectos han estado muy unidos: al clericalizar el ejercicio pastoral, la asistencia ha sido preponderantemente sacramental; o también, al centrarla en lo sacramental la hemos clericalizado. Estamos superando estas ideas, pero es mucha todavía la labor que queda, y creemos que será lenta, ya que precisa de un cambio mental y de unas vivencias de fe y apostolado que no surgen espontáneamente.

Nuevos compromisos van a nacerle a esta pastoral que requieren mucho estudio, mucho tiempo y nuevos equipos: es la tarea de iluminación de la realidad sanitaria y el complejo mundo del hospital donde la manipulación puede desvirtuar los derechos del enfermo en nombre de técnicas nuevas, de experimentos y de asistencia en la que cada vez cuenta menos el hombre.

La imagen del hospital de hoy difiere en mucho de la de ayer: nuevas ideas, nueva organización, nuevo modo de hacer, han exigido también nuevas personas —más preparadas y en consonancia con las necesidades—. De ahí, pues, que un hospital moderno necesite también una pastoral nueva.

Y si esto pasa en las estructuras, dígase lo mismo en las personas: la nueva manera de concebir la salud, el nuevo estilo de prestar un servicio y nueva forma de sentir y vivir lo religioso piden un nuevo replanteamiento y una nueva presencia pastoral.

No podemos terminar este breve recorrido sin hacer alusión a la XXV Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española —en noviembre de 1976—. Nuestros obispos fueron informados sobre el tema y recogieron amplia documentación plasmada tanto en la Ponencia —«La presencia y acción de la Iglesia en el mundo español de la salud»— como en los Anexos, sobre el contexto sanitario español y sobre la respuesta actual de la Iglesia española.

El tema ha comprometido, pues, a nuestros Pastores quienes dieron luz verde en cuanto a información, presencia de la Iglesia y colaboración en la reforma sanitaria, problemas éticos, hospitales de la Iglesia, presencia de las religiosas, sensibilización de seglares en tareas de salud y evangelización, creación y desarrollo de secretariados diocesanos y formación permanente específica de los capellanes.

En fin, una buena tarea que va a exigirnos a todos no pocos cambios. Tarea dura y difícil, y por ello no menos fascinante y comprometida. En nuestras manos está, seguramente, el que la Iglesia esté presente en este mundo del dolor y lleve a todos cuantos sufren un poco de esperanza y de paz, y sea al mismo tiempo presencia de salvación.

Organización de hospitales

HACIA UNA ASISTENCIA MEDICA HUMANITARIA

INTRODUCCION

> *«El* ethos *médico se ha caracterizado siempre por concebir su vocación como un servicio a su prójimo, el hombre que le necesita»*[1].

El médico siempre se ha caracterizado por su relación personal con el paciente y con la familia; siempre ha tenido un puesto en la familia, era alguien conocido y estimado por todos los miembros de la misma. Los avances de la medicina han hecho hoy que el sanitario tenga que ser un especialista en un campo determinado, si quiere llevar adelante una eficacia en su trabajo y unos logros cada vez mayores para bien de la humanidad. La medicina que se hace hoy es muy distinta a la que se hacía tiempo atrás; hoy el sanitario se ve forzado a trabajar en equipo, y la especialidad que domina le hace ver al enfermo en una de sus facetas solamente.

Hoy más que nunca, el enfermo cuando se presenta ante el sanitario se ve cosificado. Para el especialista se trata solamente de un apéndice que tiene que extraer, unos pulmones que no responden como debieran, un corazón fatigado... El paciente ha dejado de ser persona, y ya no es un sujeto ante otro sujeto, sino un caso patológico; el enfermo no es visto en su totalidad, sino seccionado, medido y calibrado según la parte de su ser que no responde con normalidad. Además el hombre que necesita la ayuda de un terapeuta, ve que al ser recibido en un Centro hospitalario empieza a pasar de unas manos a otras, a ser sometido a pruebas que le son desconocidas. . y sin saber ni ser informado o tranquilizado respecto a lo que se le hace o a lo que va a ser sometido.

Nos percatamos de que la medicina ha pasado a ser empresarial. La técnica ha deshumanizado la asistencia sanitaria. Hoy el sanitario ha pasado a ser un funcionario que es pagado por un organismo (Seguridad Social, Hospitales Provinciales, Centros Privados, etc.), para que cumpla unas horas determinadas de trabajo, dentro de las cuales debe desarrollar unas actividades prefijadas; y es así como vemos que en dos horas un médico debe pasar visita a una cuarentena de enfermos, si no son más; y no puede alargar esa labor porque en cuanto él acabe debe ocupar el mismo despacho otro colega para visitar a otros tantos pacientes. Esto hace que el sanitario no pueda atender debidamente a sus pacientes, y que no tenga por qué esforzarse en mejorar sus servicios, ya que mientras permanezca en la entidad, en la empresa, no le van a faltar los enfermos.

Se podrían citar más ejemplos y circunstancias concretas, en las que se ve un deterioro del *ethos* médico. Es necesario buscar la causa que ha provocado llegar a esta situación. El sanitario ha pasado a ser un ejecutivo de la salud. La gente acude a él para que le recete; este detalle nos muestra hacia dónde se camina, antes se acudía a la consulta. Por este camino se van a crear burócratas de la salud...

¿Dónde hallar la causa? Desde luego que la encontramos en lo que se ha dado en llamar *socialización de la medicina.* Pero... ¿el sanitario...? Nosotros nos vamos a centrar en los esfuerzos y obligaciones que deben estar presentes en el personal sanitario para hacer revivir la sensibilidad que se ha adormecido en estos ambientes.

EL ENFERMO ANTE EL HOSPITAL

La persona que se encuentra enferma y tiene que ser ingresada en un Centro para recuperar y cuidar su salud, se encuentra ante algo nuevo y desconocido que se le presenta con temor. De repente el hombre tiene que romper con la sociedad, una sociedad que conoce, en la cual se encuentra arropado, para introducirse en

[1] HÄRING: *Moral y medicina,* pág. 33.

un ámbito totalmente distinto, al que teme; ha de romper además con la actividad que desarrollaba y ha de dejar asimismo a sus amigos y familiares. Se añade, además, a estas renuncias que se le imponen, el hecho de que dentro de él mismo se ha producido una ruptura. En definitiva, el enfermo se halla en un ambiente en el que su soledad se agudiza enormemente.

Todo esto nos sugiere la pregunta ¿qué papel le corresponde al personal sanitario?: ¿Ayudan realmente a que este hombre perciba que no está solo, sino acogido en su dolencia, arropado por una fraternidad, y que en ellos encuentra los amigos que necesita?

El plantearnos esto nos hace detenernos en unos puntos fundamentales que marcan unas pautas válidas para ahuyentar esa soledad, cosificación y deshumanización que tantas veces se perciben en los enfermos.

EL ENFERMO VISTO EN UNA DIMENSION TOTAL

Para una mejor exposición deberemos tener presentes tres elementos a considerar:

— Cuerpo.
— Psiche.
— Espíritu.

EL ASPECTO SOMATICO

En realidad no hay nada que decir, o casi nada, porque normalmente este aspecto está casi perfectamente atendido por parte del personal sanitario con respecto a los enfermos que son ingresados en Centros.

Sí que hay que advertir, que es una realidad patente que cuando la medicina es ejercida en consultorios, ambulatorios, este aspecto deja mucho que desear, como señalábamos en la introducción. Los sanitarios actúan como verdaderos funcionarios, y el paciente pasa por las visitas como si en realidad fuese un trámite que se ha cumplido.

Para redondear este aspecto, hay que señalar que cuando se cumple el *trámite,* se reduce éste de tal forma a la parte dolida del paciente, que muchas veces la persona no cuenta. Lo que realmente se considera es el *caso número x.* Con esta forma de hacer medicina, los sanitarios han pasado a ser unos funcionarios con bata, y el enfermo un caso curioso con un número a la espalda.

EL ASPECTO PSIQUICO

La medicina antropológica nos dice lo necesario que es tener en cuenta al hombre en su totalidad; cómo la psique tiene un puesto privilegiado en el proceso curativo de toda enfermedad, debida a la influencia que ésta posee sobre el cuerpo y viceversa. Por eso es necesario para todo paciente el que sean tenidas en cuenta todas sus necesidades tanto psíquicas como somáticas. Que el personal clínico tenga en cuenta cuán importante es tener presente esta compenetración de realidades, y por tanto es indiscutible la asistencia que se debe prodigar al enfermo en este aspecto.

El paciente, por la serie de rupturas que ha tenido que soportar, y por enfrentarse a algo desconocido se encuentra terriblemente solo. Por eso necesita ser acogido con el calor que le haga recobrar, ya de entrada, parte de la seguridad que ha perdido. Esto redundará en beneficio de toda su persona desequilibrada en este momento por el proceso que ha tenido y tiene que afrontar.

Los pasos de la enfermedad, tanto si camina hacia la curación, como si lo hace a la cronicidad, minusvalía o a la misma muerte, deben ser acompañados y superados por la ayuda de los sanitarios. Para cumplir debidamente esta faceta será preciso que el enfermo sea alentado y también escuchado; que el médico, la enfermera, que el personal auxiliar, que traten con él, sepan, como decía el doctor Marañón, que la silla es el mejor instrumento que se ha descubierto para sanar a un enfermo.

No queremos exagerar pero para todo enfermo es esencial encontrarse con personas con humanidad, ser tratado como un tú, sentirse apreciado como humano. El avance de la ciencia médica ha hecho que este aspecto básico sea olvidado, y que el médico, después de una diagnosis precisa, haga un elenco de la medicación adecuada y no vuelva a visitar al enfermo más que cada semana o cada quince días. No hace falta recapacitar mucho para darse cuenta de que este proceder es desalentador para el paciente; de esta forma no existe, por ninguno de los lados que se mire, una comprensión entera del hombre. Esto hará retardar el restablecimiento, descuidar la debida aceptación de un estado crónico o pasar por un proceso hacia el desenlace final trampeando.

El personal sanitario ha de sintonizar con el enfermo, no puede estar indiferente ante una persona y además doliente. No se puede ser isla ante los demás. Y con mayor razón ante estos tús desquiciados; en los centros de salud tiene que vibrar un *nosotros.*

EL ASPECTO ESPIRITUAL

El sanitario que no se sienta llamado a cuidar este punto, al menos tendrá que respetarlo.

Nunca se podrá considerar a Dios como un *molok* castigador y despiadado; habrá que huir también de la concepción de Dios como *curandero* o *mago.* El personal sanitario que se considere cristiano, sin llegar a un simplismo exagerado, podrá llevar al enfermo la perspectiva de una providencia divina (aun en los acontecimientos desfavorables).

Un principio que se deberá tener en mucha consideración: se respetará siempre la conciencia del enfermo; nunca está en el derecho de nadie el violentarla para que acepte algo que según el paciente vaya en contra de sus convicciones más profundas.

Corresponde a todo aquél que se ocupa del enfermo el que éste no llegue a los momentos culminantes de la vida sin haber sido informado, para darle la oportunidad de afrontar esos instantes con serenidad y con una preparación adecuada según sus principios religiosos. Si el personal y el paciente son católicos no pueden ignorar esta posibilidad de preparación de cara a la muerte.

No se puede apoyar la simpleza de la afirmación: «Para el sanitario los cuerpos, para el sacerdote las almas». Si el terapeuta es cristiano, todos estos deberes le atañen hondamente, debe trabajar esparciendo la Buena Nueva, como todo fiel, con la responsabilidad que le confiere su profesión.

EL SANITARIO, UN AMIGO

Al enfermo se le presenta una ardua tarea a realizar. En él se ha creado una ruptura de la unidad subjetiva; hasta en su mismo vocabulario lo manifiesta; quien se siente atacado por un mal nos dirá: «Mis pulmones no marchan, mi estómago no digiere, mi cabeza...». Nos presenta su cuerpo como algo que le pertenece fuera de sí mismo. Por el contrario, cuando uno está sano dice: «Respiro bien, digiero estupendamente...». Se le presenta, pues, al paciente una tarea de reconciliación consigo mismo.

También entra en crisis su relación con los otros. Obligado a la inactividad, incapaz para valerse, se encuentra como arrojado en un desierto. El dolor le obliga a centrarse exclusivamente en sí mismo desentendiéndose de los demás; su mal se le aparece como el más importante del mundo y piensa que nadie sufre como él. El es el único que sufre.

Esto le hace sentirse necesitado de cuidado. Su soledad le atormenta y desea que todo el mundo esté pendiente de sus deseos y caprichos, se vuelve exigente e infantil. Entonces el enfermo se refugia en su dependencia de los demás y en arropamiento que puede conseguir de los que le rodean, haciéndose pasivo y perdiendo toda iniciativa.

Estas situaciones que determina la enfermedad: Ruptura de la unidad subjetiva, crisis de la relación con los demás, pasividad, soledad..., deben ser asumidas.

¿Cómo es posible esto?

Si el personal médico es consciente de estas circunstancias por las que atraviesa el enfermo y le ayuda a superar estas etapas, el caminar hacia la muerte o hacia el restablecimiento será humanitario. Se debe ayudar al enfermo a la reconciliación consigo mismo; por eso será necesario verle como una totalidad en desequilibrio que hay que restaurar en bloque. Hay que promover que el paciente se acepte; se logrará demostrando una convivencia, una alianza que rehace la unidad en la amistad. Se le debe hacer ver que la biología se encuentra en un orden de valores en el que no es el factor dominante. Se le ha de hacer descubrir la importancia de la existencia para que valore el grado de seriedad que es capaz de conferir a su vida. Esto producirá, además, en el enfermo un recuperarse por alguien fuera de sí, un entrar otra vez en el ámbito de la actividad.

Corresponde al enfermo el ir descubriendo, en la dependencia a que está sometido, el mundo que los demás construyen, y que él está en solidaridad esencial con ese mundo. Tiene que percatarse de que los otros no son objetos a su servicio. Los otros serán aceptados en su ámbito cuando se acerquen a él «sin compasión plañidera», cuando se presenten en auténtica actitud de servicio y de entrega, no como quien cumple un trámite más. Todo esto logrará que él vaya conectando con sus circundantes (médicos, enfermeras, familia, capellán, etc.) y que vaya saliendo de su soledad, de su infantilismo exigente, de ser él el centro de todas las miradas.

Si él ve en los profesionales de la salud unos amigos y no sólo unos técnicos, sabrá descubrir que es fundamental la solidaridad, y empezará a preocuparse por su entorno vital, por sus próximos, dándose cuenta de que hay otros más necesitados que él y a los cuales puede aportar algo; se percatará de que existen otros enfermos, y aun sanos, que precisan de sus aportes.

EL SANITARIO ANTE LA MUERTE

Es un hecho comprobado que la muerte en nuestro ambiente cultural es un tabú. Por tanto no sorprende que ante la muerte todos tengamos tendencia a huir, pues sabiendo que es algo inevitable, deseamos estar lo más lejos posible de ella.

«En un hospital de New York un psicólogo hizo el experimento de sentarse cronómetro en mano en el pasillo, y se puso a medir el tiempo que transcurría entre las llamadas de los enfermos y la respuesta del personal. Notó que se acudía rápidamente a las llamadas de los pacientes que estaban en vías de recuperación, mientras que se respondía sin mostrar prisa alguna a las llamadas de los que estaban a punto de morir»[2]. Al comunicar el psicólogo tal comportamiento, todo el personal quedó sorprendido defendiéndose ante tal *hipótesis*. Quedó claramente reflejado un instinto de defensa inconsciente ante la muerte.

La muerte de un enfermo es aparentemente una derrota para el médico. Un sanitario que asiste a un enfermo hasta el último momento parece que renuncia a parte de su autoridad, de su poder, ya que no está en sus manos dominar la muerte. Los profesionales de la salud, en muchas circunstancias, consideran al moribundo como *un fuera de ley* que debe acabar sus últimos días en la soledad. Cuando se *rechaza* al enfermo en estos instantes, se le priva de lo que más necesita en estos momentos de tremenda soledad: La *asistencia*. Es ver-

[2] Labor Hospitalaria, n.º 148, vol. 5, 1973, pág. 73.

dad que quien se esfuerza por estar cerca de un moribundo se da cuenta inevitablemente de su debilidad, de su insuficiencia y a la vez de su importancia. Porque, paradójicamente, el que reconoce su debilidad y la acepta, el que ha aprendido algo del *arte de morir* es el que sabe hacerse verdaderamente prójimo para un moribundo.

El hombre escribe una historia de libertad a lo largo de su existencia. La asistencia médica encuentra su pleno sentido cuando se introduce en esa historia de libertad y sobre todo cuando el paciente se enfrenta al momento más decisivo de la vida. Por tanto, el esfuerzo médico no puede estar alejado de la promoción de una disposición psicosomática y espiritual que fomente la serenidad, la paz y la libertad del paciente. El afrontar la muerte con la paz y la serenidad apuntadas, es la culminación de la libertad personal. Es pues tarea del sanitario el fortalecer el deseo de su paciente para vivir y recobrar su salud, mientras le inspira el valor necesario para hacer frente a la perspectiva de la muerte.

DERECHO DEL PACIENTE A LA VERDAD

> *«La mentira, según las leyes morales, no es permitida a nadie.*
>
> *Existen también casos en que el sanitario, aunque sea interrogado, no puede sino diciendo una cosa no del todo falsa, manifestar crudamente toda la verdad, en especial cuando sabe que el enfermo no tendrá fuerza suficiente para soportarla. Pero hay otros casos en los que tiene el deber de hablar claramente; deber ante el cual debe ceder toda otra consideración médica o humanitaria. No es lícito mantener a los parientes ni al enfermo en una seguridad ilusoria; con el peligro de comprometer así la salvación o el cumplimiento de obligaciones de justicia o caridad»*[3].

Tres actitudes son posibles: La verdad, la mentira o el silencio. Puede suceder que la verdad no sea recibida, que la mentira no engañe o que el silencio sea más elocuente que las palabras.

Ante este problema se defienden diferentes posturas.

— Para unos, se debe decir siempre la verdad a los moribundos. Es un derecho que poseen. De este modo podrán poner sus asuntos en orden y prepararse como juzguen convenientemente para dejar esta vida.

— Otros afirman que no se debe decir nunca; aducen que el enfermo está demasiado debilitado por el proceso patológico y que por tanto no podrá soportar en tal estado la verdad que le va a introducir en una angustia atroz.

¿Hasta qué punto se está obligado a dar una respuesta verdadera a las preguntas del enfermo? ¿Hasta qué punto se debe silenciar la verdad?

[3] *Pío XII y las ciencias médicas*, pág. 59.

El hombre es dueño de su vida en la medida en que lo es de su muerte; un personal sanitario que se considere católico, no puede permitir que exista la *satisfacción* de que un enfermo no sintió jamás que iba a morir. En este siglo, siglo de la declaración de los derechos del hombre, sería vergonzoso permitir que alguien muriese en la *clandestinidad*.

¿Si callamos no le robamos al moribundo un instante decisivo de su vida? ¿Cómo actuar? Cada día es más difícil anunciar a alguien la cercanía de su muerte. No hay duda de que en cada caso habrá que proceder de un modo distinto: se deberá poseer prudencia para escoger el momento apropiado, pero siempre llega el momento en que se tiene que hablar necesariamente (aparte de casos extremos y especiales). El moribundo tiene derecho a saber que se acerca a la muerte.

No será sólo con palabras, sino con todo el modo de proceder, como se conduce al paciente a la comprensión de la seriedad de su situación. Si se ha llegado a una relación amistosa con el enfermo, se podrá intuir si desea ser informado y en qué medida, pues han de tenerse en cuenta determinados factores: Edad, cultura, clase de enfermedad, condiciones espirituales. Todo esto influirá en la aceptación de la *verdad*.

Se tendrá en cuenta el ir progresando paulatinamente en la información, nunca será de golpe, sino paso a paso, según la preparación que se ha ido dando al enfermo, y según del tiempo que se disponga dentro de la gravedad. Se avanzará en la exposición respetando el deseo del paciente hasta donde sea posible.

Ante toda esta problemática se nos presenta un nuevo factor: La misma verdad pesa de modo distinto según el lugar en que se encuentre el moribundo. Si se encuentra hospitalizado le será más dura de soportar; aquí se ve la validez de la afirmación: «La muerte ha de tener lugar en un ambiente lo más parecido al de casa». Aquellos que están en su hogar asimilan la información de una forma más serena, pues la misma necesidad de reconfortar a los suyos da al enfermo muchas veces el valor para olvidar su angustia; y hasta, a veces, es el enfermo el que ayuda al sanitario, verdadero amigo, a soportar su limitación.

Otro punto importante, cuando uno se acerca a la pastoral del enfermo es la frecuencia con que estos son reacios a ver al sacerdote, pues su presencia le lleva a pensar en lo inminente del fin. Por eso, para el paciente, el hecho de que el sanitario sea consciente de la dimensión espiritual de su estado es de gran importancia para él. Para nosotros, una información verdadera tiene que ser vista a esta luz, es una forma auténtica de acompañarle cuando busca a la verdad última de su vida.

Los católicos que viven el misterio de la muerte como una pascua cotidiana en medio de la caridad y la renuncia de sí mismos en el servicio a la Iglesia y al mundo del dolor, deben interrogar a una sociedad que rechaza la muerte, porque para ella carece de espe-

ranza. La actitud del sanitario ha de consistir en el testimonio de ciudadanos que no ha llegado aún a su consumación, que toman en serio la venida definitiva de Cristo. Esto les permitirá afrontar con seriedad la situación del moribundo y sus familiares, para que el paciente no se vea privado de la muerte. La vivencia cristiana no puede ser suplida por un contacto con el moribundo al que se le habla de Dios como un ausente; él tiene que ver en los que le rodean la presencia de Dios; para el enfermo es una injuria hablarle de Dios de memoria.

ULTIMA REFLEXION

Ante el enfermo no se debe dejar traslucir una sensiblería ñoña, una compasión de plañideras; tiene que haber una verdadera compasión como la que tuvo Cristo para con los enfermos abarcando la totalidad de la persona doliente. Además hay que ayudarle en la lucha que lleva para salir del desequilibrio, en que le ha sumido su enfermedad; siempre deberá ser tratado con verdadera y auténtica delicadeza, pues el dolor agudiza la sensibilidad.

Será siempre importante que el paciente encuentre la ocasión para poder contar sus problemas y por tanto deberá ser escuchado, se le debe proporcionar una verdadera consulta, no una simple visita. Esto es dificultoso en nuestra sociedad tal como está montada la medicina y es un valor que tiene que ser defendido enfrentándose a la socialización de la medicina (tal como está) que impide que el enfermo elija su médico. En otros países esto ha sido superado permitiendo que el enfermo busque el médico que más confianza le merezca; en España, por ahora, uno tiene que conformarse con el sanitario que se asigne aunque no sea de su agrado, de ahí el gran recelo que la gente tiene.

Por otro lado, al enfermo hay que ayudarle a encontrarse a sí mismo; esta es la mejor de las ayudas que se le puede proporcionar. En el trato con él tiene que estar presente el amor para construir siempre con la verdad; se le ha de proporcionar constantemente confianza y esperanza. Tengamos en cuenta que al enfermo no le basta con recibir de parte de los sanitarios que miran exclusivamente a su soma deteriorado; él necesita *que-se-le-den-las-personas,* en un servicio comprometido y humanitario.

Los sanitarios cristianos tienen que percatarse de que el enfermo puede acercarse sinceramente a Dios cuando con su ejemplo les están sugiriendo que Dios está presente en su dolor; no se logrará hacérselo comprender nunca a base de palabras sentimentaloides. No negamos que afirmar que Dios le ama sea improcedente, por el contrario es bueno y verdadero, pero esta afirmación tiene que estar avalada no por razonamientos, sino por el ofrecimiento del amor personal de quienes le rodean. Las palabras muchas veces sobran. Por tanto, hay que ayudar al enfermo humanamente, y el Señor se manifestará en el momento oportuno.

No quiero olvidarme de un inconveniente que frecuentemente se ha pretendido que apoyara la acción en favor de los dolientes. No se tiene derecho a afirmar que se le hacen las cosas *por amor a Dios.* Hay que amarlos cuanto se pueda y no solamente por Dios, sino por ellos mismos, que es el verdadero modo de amar al Señor. Las personas que se ocupan de los enfermos únicamente por Dios, con una frialdad manifiesta en su comportamiento, parecen pensar que los enfermos son para ellos un instrumento y un medio de santificación personal. Tremenda equivocación, el hombre nunca será medio para nada, es siempre un fin en sí mismo.

Si realmente los que trabajan con los enfermos están llenos de Dios, sin pretenderlo llevarán hasta ellos el influjo del Señor, les prodigarán la paz, la serenidad y la esperanza. Este modo de comportarse hará que estén constantemente presentes la alegría y el optimismo aun en los momentos más difíciles. En verdad el enfermo espera más que unos simples cuidados técnicos; la amabilidad y una sonrisa en el momento debido es una gran baza ganada para su plenitud.

Es indiscutible que el enfermo necesita mucha atención; toda esta pastoral sanitaria que he intentado ir reflejando la veo como una humanización indispensable de la medicina bajo el prisma de nuestra fe cristiana. La profesión sanitaria es difícil y delicada porque entran en juego valores muy importantes, como son: La vida humana, el bien de la sociedad y el mismo hombre; unidos a los graves deberes que imponen. Pero el sanitario cristiano que se dedica a ejercerla con honradez sabe hacer de su profesión un auténtico servicio para sus semejantes más necesitados, y merece así el respeto de sus pacientes, de la sociedad, y el amor de Dios.

Como final, quiero poner las palabras de Pío XII que tantas veces habló preocupándose por los problemas sanitarios: «Su vocación es noble, sublime, su responsabilidad ante la sociedad es grave; pero Dios no dejará de bendecirlos por su caridad y por sus sagaces y devotos esfuerzos para aliviar los sufrimientos de sus semejantes sobre la tierra; para que no le falten las incomparables alegrías del cielo»[4].

[4] Pío XII y las ciencias médicas, pág. 64.

BIBLIOGRAFIA

HÄRING: *Moral y medicina.*
Revista LABOR HOSPITALARIA.
Pío XII: *Pío XII y las ciencias médicas.*
Colaboración: *Elementi di medicina e psicologia pastorale.*
DAVANZO: Etica della salute.
J. GALDEANO: *Pastoral de los enfermos.*
Revista PRESENCES n. 100, III trimes. 1967, págs. 29 ss, artículo de Garnier. n. 114, I trimes. 1971, págs. 63 ss. — artículo de M. Porot.
SHALLER: *Dirección espiritual y medicina moderna.*

SALVADOR PELLICER

Asistencia y enfermería

EDUCACION DE ENFERMERIA

Algunas consideraciones sobre la transición

PRESENTACION

Las ciencias de Enfermería son nuevas y un tanto desconocidas por muchos de nosotros. Necesitamos progresar en ellas y la mejor manera de conseguirlo, creemos, es relacionarnos con profesionales que ya han conseguido niveles universitarios no alcanzables todavía hoy por nosotros. En esta sección vamos a intentar que aparezca siempre un maestro que nos adoctrine y nos ilumine los caminos que debemos recorrer nosotros. De momento y a través de tres números ocupará esta cátedra de LABOR HOSPITALARIA *Doña Myriam Ovalle Bernal.*

La señora Ovalle es licenciada en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Colombia. Diplomada en Ciencias Sociales. Master y Doctora en Ciencias de Enfermería por la Catholic University of America de Washington. Ex decana de la Facultad de Ciencias de la Enfermería, Universidad de Colombia; Asesora de la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad Asesora de educación de Enfermería; Administración y Organización de Departamentos de Enfermería y profesora de distintas escuelas de Enfermería.

C. E. CH.

CONTEXTO DE LA SITUACION ACTUAL

En España igual que en muchos países han aumentado en las últimas décadas las crecientes demandas de la población, que hoy día es más consciente de sus derechos al mantenimiento de la salud, a su adecuada asistencia en la enfermedad y a su rehabilitación. Esta situación unida al número de adelantos científicos alcanzados por la multiplicación de los conocimientos, no sólo en el campo de la salud, sino también en las ciencias de la conducta, socio-políticas, biológicas, etc., aplicables a los problemas del amplio espectro salud-enfermedad de la humanidad, ha dado como resultado una mayor complejidad en las funciones que se esperan de los profesionales de enfermería y el equipo de salud.

Por estas mismas razones estamos viviendo dentro de una era marcada por las dinámicas de cambios rápidos en el orden científico y social que a su vez exigen por parte de la sociedad cambios en sus estructuras y en su sistema de valores, de tal forma, que faciliten la adaptación a esta situación de constantes y continuos cambios.

¿COMO AFECTA TODO ESTE CONTEXTO SOCIAL Y CIENTIFICO A LA ENFERMERIA?

Por una parte, afecta la demanda de personal de enfermería; una demanda cada vez mayor en cantidad y muy especialmente en calidad; y por otra parte, se traduce en una expansión y extensión del rol de este grupo de profesionales en los servicios de salud; se les exigen mayores responsabilidades: *a)* en el cuidado directo de individuos, familias y comunidades; *b)* en

la aceptación de la delegación de cuidados médicos de diagnóstico y tratamiento; *c)* en proporcionar al paciente cuidados directos más completos e individualizados que incluyen aplicación de los conocimientos biofísicos, psicosociales a la situación específica de cada paciente; y *d)* en que tome parte activa en el equipo de salud con objetivos específicos que ayuden a alcanzar, junto con las otras profesiones de salud, el fin general que puede expresarse como la promoción y mantenimiento óptimo de salud para cada persona a quien se le proveen estos servicios.

RECONOCIMIENTO DE UN CAMBIO EN LA EDUCACION

Todas estas demandas y cambios recaen sobre el personal de los Servicios de enfermería hospitalarios; pero en su mayoría los profesionales de enfermería no pueden satisfacer dichas demandas y llevar a cabo los cambios requeridos por: *a)* que los programas en que fueron educadas carecían de objetivos específicos para prepararlos con el fin de desarrollar estas funciones primordiales de enfermería; y *b)* porque tampoco las estructuras rígidas hospitalarias han permitido, salvo en casos excepcionales, que la enfermería se desarrolle en toda su amplitud y forme parte activa del equipo de salud.

Afortunadamente los profesionales de enfermería han sido conscientes de que la educación que recibían de acuerdo a un plan de estudios vigente desde el año 1953 estaba desfasada y empezaron a propugnar por una mejor preparación que requería unos planes de estudio adecuadamente planeados. Ya en el año 1970 empezó a expresarse esta necesidad; con motivo del Primer Congreso de Hospitales se dedicó una ponencia al tema de «Selección, Formación y Adiestramiento del Personal de Enfermería». En dicha ponencia se puso de manifiesto la necesidad de un cambio, los diversos aspectos de un plan de estudios a nivel superior y, se propuso la integración de la Educación de Profesionales de enfermería en la parte correspondiente a la Educación Universitaria de la nueva Ley de Educación que por entonces había sido recientemente aprobada; también se expresó la necesidad de un planeamiento para la educación de Auxiliares de Enfermería con el fin de hacer una reestructuración total de la Educación de Enfermería y no únicamente en forma parcial porque los dos niveles de educación son indispensables para el equipo de Enfermería y la economía hospitalaria del país. Las enfermeras que asistieron a este Congreso presentaron varias comunicaciones, y recomendaciones finales en el mismo sentido.

Este reconocimiento de la necesidad de contar con un personal de enfermería mejor preparado empezó a hacerse patente en febrero del año 1971, durante el Seminario de Educación Médica organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid donde además de la enseñanza de la Medicina, se dedicó una sesión a los «Programas de formación del personal Auxiliar del Médico». Casi todo el personal internacional y nacional que fuimos invitados a tomar parte en este Seminario estuvimos de acuerdo en la necesidad de reestructuración del Plan de Estudio para Profesionales de enfermería, pero en contraste algunos profesionales de la medicina aún expresaban su concepto de que el término ATS no es sinónimo del de Profesional de enfermería, o al menos no debe serlo y que dentro de este título se podían preparar toda clase de auxiliares de medicina, no solamente los llamados profesionales de enfermería. Este criterio, era pues una muestra de la incomprensión demostrada en amplios sectores de las Instituciones Hospitalarias y de este ambiente —como antes se mencionaba con honrosas excepciones que han logrado valorar la enfermería y permitirle una actuación más completa—, en el que para los otros miembros del personal de salud la enfermería no es una profesión; es simplemente como su nombre lo indica un ayudante técnico sanitario (ATS) especialmente preparado para ayudar al médico. Este hecho lleva a preguntarse, si ATS no es sinónimo de profesional de enfermería, ¿es que la legislación de ATS ha hecho desaparecer a la enfermería del equipo de salud? y se llega a la conclusión de que Enfermería necesita una nueva legislación que la sitúe dentro de la legalidad de Profesión de Salud, con actividades autónomas propias de la profesión, y actividades de cooperación con las demás profesiones de salud.

Debería aclararse, además, que hoy día la terminología de profesiones auxiliares del médico o de la medicina está abolida científicamente. La OMS en todos sus informes se refiere, a *personal de salud* cuando habla de la formación de los miembros del equipo de salud, ya sea en la *gama profesional* refiriéndose a médicos, profesionales de enfermería, farmacéuticos, dietistas, etcétera, o a la *gama de personal técnico y auxiliar* que está relacionado con la planificación de un Programa de Salud, naturalmente integrado dentro de un Plan Nacional de Desarrollo.

Asimismo la Organización Internacional del Trabajo se refiere en sus informes y estudios al Personal de Enfermería y a la Educación y formación de profesionales de enfermería, por lo tanto le reconoce a Enfermería una identidad autónoma dentro de las profesiones de salud.

A pesar de la problemática en la cual se desarrolla la enfermería, y aunque se les llame ATS, podemos decir que la Enfermería está presente, que los problemas son grandes y las deficiencias muchas. Sin embargo, se debe ser optimista dado que los profesionales de enfermería han respondido con interés colectivo a su lucha por obtener una mayor preparación y el reconocimiento de este derecho ha ido creciendo en los medios oficiales durante estos últimos años; un hecho positivo

es el de que el Consejo de Rectores ha recomendado recientemente la integración de las Escuelas de ATS en la Universidad.

PLANIFICACION DE LA INTEGRACION DE ENFERMERIA A LA UNIVERSIDAD

Por las razones anteriores es imperativo que los profesionales y educadores de enfermería pensemos cuidadosamente en cómo se va a hacer esta transición de la Educación de profesionales de enfermería a la Universidad y la planeación cuidadosa que debe hacerse para efectuarla con éxito.

Un primer paso para reestructurar con éxito una profesión es sin lugar a dudas un buen planeamiento. Por lo tanto ahora que Enfermería está afrontando el proceso de cambio es de interés exponer los factores que intervienen de forma decisiva en el éxito de la planeación de un programa de estudios, y hacer énfasis en la importancia que en ella tiene la base conceptual de la Enfermería de la cual se derivan los objetivos de la Profesión. Aunque no pueda haber plan sin objetivos previamente definidos con claridad, la experiencia demuestra que es particularmente difícil fijar los objetivos de la acción docente y profesional, y que con demasiada frecuencia se empieza a planear la educación sin haber determinado rigurosamente las finalidades pertinentes, teniendo como consecuencia el fracaso de la formación del profesional y su escasa contribución a la solución de la problemática de salud del país.

La Planeación de Enfermería presupone identificar la naturaleza y amplitud de las necesidades y los recursos. Estos se definen en relación con sus factores de influencia y se consideran como un todo. Por consiguiente los medios disponibles para satisfacer las necesidades y aumentar los recursos intervienen de una forma definitiva en la planeación y los cursos de acción que se desarrollen para lograr los propósitos o fines. Cuando el conocimiento de estos recursos y necesidades se basan en la experiencia, estudio y resultado de la investigación, el planeamiento para Enfermería u otro personal de salud, puede ayudar a reestructurar sistemas de salud y educacionales para satisfacer las demandas cuantitativas y cualitativas y las necesidades presentes y futuras.

El gran valor del planeamiento para Enfermería lo mismo que para otros campos de salud, es el de que da la oportunidad para un cambio continuo, experimentación, e innovación indispensables para satisfacer las necesidades de la comunidad.

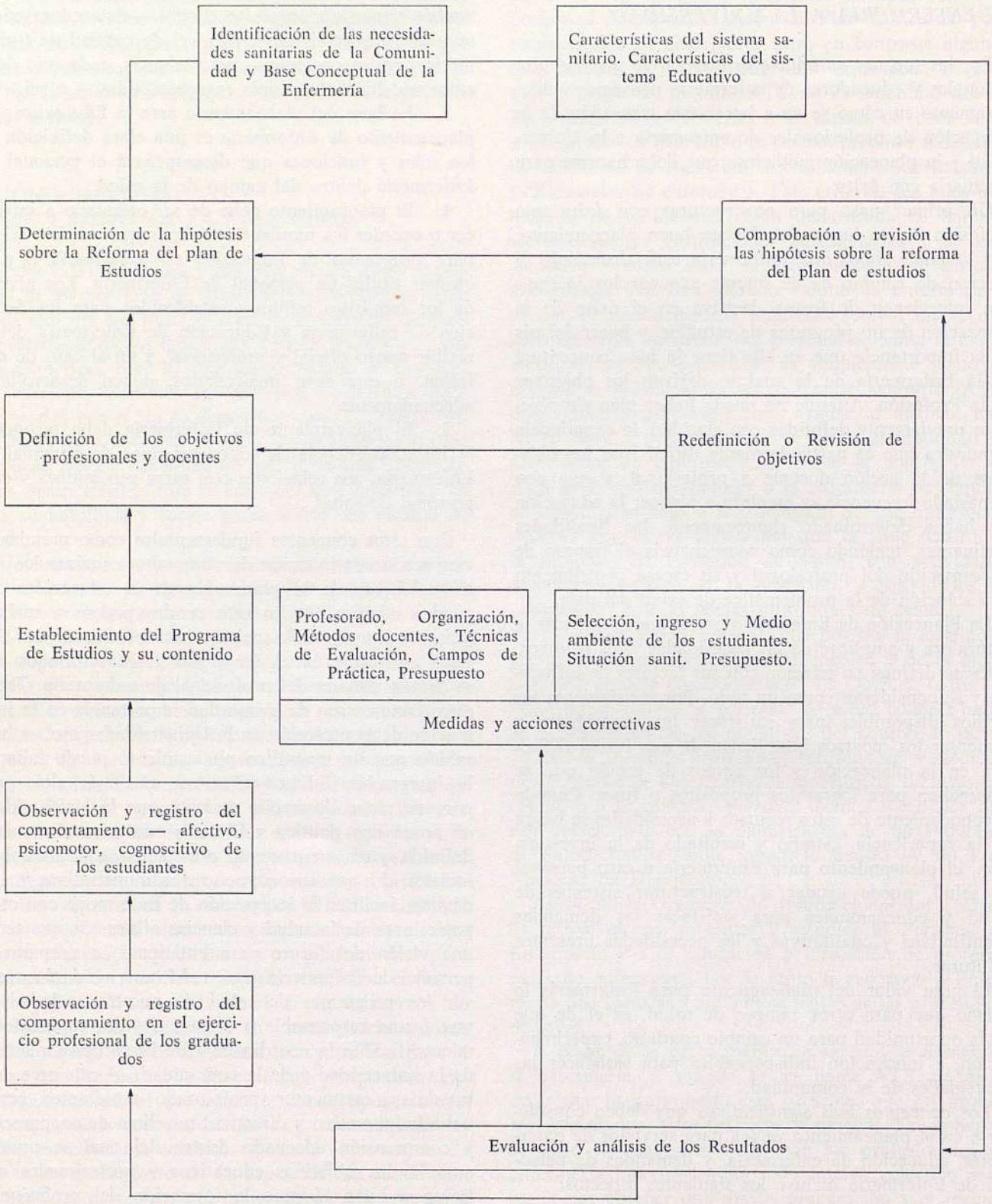
Los *conceptos más significativos* que deben considerarse en el planeamiento ya sea para servicios de enfermería, educación de enfermería, y demandas de personal de Enfermería incluye los siguientes aspectos:

1. La responsabilidad para tomar la iniciativa de planear las necesidades y recursos de Enfermería recae en los líderes de Enfermería; esto significa dirigir y coordinar el planeamiento a nivel institucional, local, estatal y regional.
2. El planeamiento y las necesidades y recursos de Enfermería es una responsabilidad conjunta de los Servicios de Enfermería y la Educación de Enfermería. Ambos tienen un propósito común —determinar cómo se puede lograr el más alto nivel de calidad de Enfermería para el paciente— pero además, cada uno debe enfocarse hacia su propia responsabilidad y nivel.
3. La base del planeamiento para la Educación y el planeamiento de Enfermería es una clara definición de los roles y funciones que desempeñará el personal de Enfermería dentro del campo de la salud.
4. El planeamiento debe de ser orientado a satisfacer o exceder los requisitos mínimos que puedan existir para programas de Educación en Enfermería o para otorgar títulos de personal de Enfermería. Los niveles de los requisitos mínimos establecidos para los Servicios de Enfermería y Educación de Enfermería deben recibir apoyo oficial y profesional, y en el caso de que falten, o que sean inadecuados, deben desarrollarse adecuadamente.
5. El planeamiento de Enfermería debe reconocer la interdependencia de todos los tipos de personal de Enfermería, sus relaciones con otras profesiones y otro personal de salud.

Con estos conceptos fundamentales como premisa se exponen a continuación de una manera sucinta los factores básicos de la planeación de la educación (ver cuadro número 1). En este cuadro podemos analizar la forma como se influencian e interrelacionan unos factores con otros en el desarrollo y los resultados que se desean obtener del profesional de enfermería. Todos estos factores son de primordial importancia en la integración de la profesión en la Universidad; pero, es bien sabido que un magnífico planeamiento puede fallar si la integración Educativa no va aún más allá, pues para su pleno desarrollo necesita que la Universidad: *a)* posea una política y filosofía educativa claramente definida y en permanente adaptación a los cambios sociales; *b)* que sus estructuras administrativas y académicas faciliten la integración de Enfermería con otras profesiones de la salud y ciencias afines; *c)* que tenga una visión del futuro para anticiparse a preparar al personal de Enfermería que en el futuro ayudará a resolver los programas de salud de nuestra sociedad de una forma responsable y eficaz; *d)* que su funcionamiento facilite la coordinación de los propios recursos de la universidad y de la comunidad; *e)* que cree dentro de sus estamentos (profesorado, estudiantes, personal administrativo y directivo) un clima de cooperación y comprensión adecuado dentro del cual se puedan cumplir los objetivos educativos y profesionales que lleven a buen término la formación del profesional; *f)* que para organizar estos estudios la Universidad cuente con los medios presupuestales necesarios.

CUADRO 1

FACTORES BASICOS QUE INTERVIENEN EN LA PLANEACION DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA Y EN LAS MEDIDAS PARA MEJORAR SU CONTINUO DESARROLLO



Si la Universidad no está en capacidad de ofrecer todos estos aspectos positivos, la llamada integración será una palabra más —sin un significado real— agregado a un plan de estudios y por lo tanto se puede anticipar sin temor a equivocación, que el resultado de esta preparación no será en verdad de *nivel universitario*. En el supuesto de que la Universidad esté en condiciones de ofrecer los puntos anteriormente citados, existen además otros problemas que debemos considerar ya que afectarán la calidad de la Educación de Enfermería. Del análisis de la situación sanitaria del país, del funcionamiento y organización de las instituciones hospitalarias, de la organización existente para la Educación de Enfermería, de sus recursos y necesidades, se puede deducir que los mayores problemas que afectarán directamente la calidad de la Educación y un buen cuidado de Enfermería a la comunidad serán:

1. Falta de preparación del personal de enfermería especializado en Educación y Dirección de programas de Enfermería para que puedan tomar la responsabilidad de dirigir las Escuelas de Enfermería de acuerdo con propósitos y objetivos claramente definidos del papel de la Enfermería en el sistema de salud.
2. Necesidad de una nueva estructura del Sistema Sanitario del país que permita planear los recursos y necesidades de Enfermería en cuanto a demanda y educación, y les permita a los profesionales del campo de la enfermería ejercer sus funciones, no únicamente en el campo asistencial, sino en el aún más importante aspecto de mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y educación Sanitaria a individuos, familias y comunidad.
3. Falta de aplicación de buenas prácticas de organización y administración en todos los niveles de actuación dentro de las Instituciones Hospitalarias.
4. Escasez de preparación de personal docente especializado en Ciencias de la Enfermería para la docencia a nivel universitario.
5. Número adecuado de Instituciones Hospitalarias con Departamentos de Enfermería debidamente organizados que den una buena calidad de cuidados de Enfermería al paciente para que puedan cooperar en la experiencia clínica y formación de los estudiantes.
6. Mayor comprensión de los administradores de hospitales y de las otras profesiones que componen el equipo de salud de lo que son las funciones primordiales de Enfermería.

Todos estos problemas que acabamos de enunciar requieren un tratamiento adecuado por parte de las autoridades competentes con planes de corto y largo alcance, para que de esta situación de transición que está experimentado la Universidad, la Sanidad del país y la Educación de Enfermería, resulte un mejor sistema de educación universitario, un mejor planeamiento de la sanidad del país y por consiguiente una mejor Educación de Enfermería.

Como es base fundamental que las personas que trabajan en un mismo campo como es la salud, comprendan y reconozcan las funciones específicas y primordiales de cada una de sus profesiones para que haya un buen entendimiento y se pueda trabajar en equipo, utilizando al máximo las habilidades de cada uno en beneficio de los individuos y grupos que necesitan de su servicio, se dedicará un segundo artículo a considerar la Base Conceptual de la Enfermería, las funciones y objetivos para los que debe estar preparado el personal de Enfermería si se espera de ellos que contribuyan a resolver eficazmente los problemas de salud actuales y futuros en nuestra sociedad. En un tercer artículo se tratará lo relativo a la docencia en lo que se refiere a los requisitos mínimos que deben establecerse para el funcionamiento y dirección de una Escuela de Enfermería Universitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown, Ester Lucile: *Nursing Reconsidered — A Study of Change*. Parte 1; «The Professional Role in Institucional Nursing». J. B. Lippincott, Philadelphia 1970.
2. Organización Internacional del Trabajo: *Empleo y Condiciones de Trabajo y de Vida del Personal de Enfermería*. Conferencia Internacional del Trabajo; 63.ª Reunión: 1977.
3. Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General Técnica. *El Planeamiento de la Educación*. Servicio de Publicaciones, Madrid 1968.
4. Ovalle Bernal, Myriam: «Selección, Formación y Adiestramiento del Personal de Enfermería en España». *Ponencias del Primer Congreso Nacional de Hospitales*. Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Barcelona 1970.
5. Centro Nacional para el desarrollo de la Educación, *Seminario de Educación Médica*. Madrid, 5-6 febrero 1971.

MYRIAM OVALLE BERNAL

ANALISIS CRITICO-VALORATIVO DE LOS JEFES DE ENFERMERIA

Los profesionales de Enfermería, los ATS, están de actualidad. Buena señal. Esto quiere decir que significan y que valen. Pero, si se quiere analizar, investigar, profundizar qué valen, cuánto valen, qué significamos, debemos aplicar unos medios, sistemas, modos que dosifiquen nuestro ser, nuestro status actual, nuestro peso específico.

Nosotros hemos querido investigar, hemos puesto nuestro termómetro, hemos aplicado unas técnicas y, naturalmente, hemos conseguido unos resultados. Ahora, más o menos científicamente, más o menos rudimentariamente, tenemos puesto al público nuestro precio, nuestro valor. Es ley de vida social exponer el precio al público. Con precinto de garantía o sin él. Lo cierto es que la garantía la hemos de poner nosotros, más que la fiscalía de tasas o la oficina de calificación. Valemos, no valemos, ¡Qué valemos! Este es el dilema, esta es nuestra inquietud. La sinceridad por delante: ¡Esto somos!

PREPARACION DE LA ENCUESTA

Nuestro método de trabajo y nuestra herramienta usada ha sido la preparación, aplicación y análisis de una encuesta. Esta encuesta, una vez finiquitada, resultó como sigue:

Entrevista con el enfermero/a Jefe del

1.º Hospital: Nombre
Dirección
Teléfono

2.º Enfermero/a Jefe: Nombre
Apellidos
Grados académicos

3.º ¿Qué opina de su profesión?

4.º ¿Cómo cree que le consideran los médicos?

5.º ¿Cómo le considera la Dirección del Hospital?

6.º ¿Pertenece a la Junta de Gobierno del Centro?

7.º ¿Tiene organizada la Enfermería con descripción de puestos?

8.º ¿Tiene descrita alguna filosofía del Departamento?

9.º ¿Su Hospital tiene descrito algún Reglamento interno?

10.º ¿Qué planes de docencia tiene para su personal en este curso?

11.º ¿Le dejan o le dejarían desarrollarlo en su Hospital?

12.º ¿Le ayudan a desarrollar los planes de docencia?

13.º ¿Cómo le ayudan a desarrollar los planes de docencia?

14.º ¿Aplican sistemas de control de calidad en Enfermería?

15.º ¿Qué opina del Plan de Reforma Sanitaria en España?

PROCEDIMIENTO SEGUIDO

Terminadas definitivamente las preguntas, pasamos a exponerlo y sensibilizar a los encuestadores. Estos eran alumnos míos de tercer curso de la Escuela ATS San Juan de Dios, Barcelona. Se les dio toda clase de consignas a fin de que, en lo posible, fuera o resultara lo más rigurosa posible. Admitíamos posibles fallos de entrada, de método, de procedimientos, de influencias o contaminaciones, de halos, etc., pero aun así se trató de eliminarlos al mínimo.

Preparados los alumnos, fueron enviados de dos en dos a los hospitales, a entrevistar a sus jefes de Enfermería, en total 40 encuestados. Los hospitales elegidos fueron los de Barcelona ciudad y algunos de la provincia. Los centros seleccionados fueron aquellos que eran considerados de mayor prestigio, de mayor número de camas, de más resonancia. Se eliminaron todos aquellos que tenían menos de 70 camas.

Los alumnos dispusieron de tres meses para conseguir las respuestas.

COMENTARIO A LAS RESPUESTAS

La primera pregunta queda reservada al secreto del sumario. No podemos explayarla. Sería poco ético. Silencio.

Respecto a la segunda de las preguntas sólo comentaremos la última parte. Véase el cuadro siguiente:

2.ª Pregunta

Grados Académicos		%
ATS	29	72
Asistente Social	5	12
Practicante	1	2
Farmacéutico	1	2
Otras especialidades	3	7
Relaciones Públicas	1	2
Estudios Primarios	1	2
Unos cursos de Medicina	1	2
Sin contestación	2	5
Sin enfermera Jefe	2	5
Jefe de personal o administrativo	3	7

La primera sorpresa con que nos encontramos es que no todos los Jefes de Enfermería que actúan como tales, son ATS. Aberración máxima; desvío absurdo; incomprensión del caso.

Algunos Jefes de Enfermería ostentan más de un título mientras que otros o no contestan o carecen, no sólo de formación básica, sino también de formación elemental. Paradojas de la vida. Jefes de Enfermería con formación específica para el mando apenas si se vislumbra algún caso.

A simple vista se aprecia que los profesionales de enfermería en los hospitales de España, y, concretamente, en Barcelona, carecen de una buena formación básica y de la formación específica. Hay las excepciones que justifican la regla. ¿Nos encontramos frente a la plasmación real, auténtica, de las teorías de Peter sobre la incompetencia? ¿Estamos hundidos o hemos naufragado en una ciénaga de ineficacia profesional, científica, académica, administrativa? Los niveles de incompetencia pueden ser infinitos. Ahí, aquí quedan los datos. Pongamos remedio.

3.ª Pregunta

¿Qué opina de su profesión?		%
Le satisface su trabajo	35	87
Está evolucionando (Farmacéutico)	1	2
Poco valorada	2	5
Sin contestación	2	5

El grado de satisfacción es grande, un 87 %. Pero a la vista del cuadro anterior, del grado de formación, ¿podemos sentirnos satisfechos? ¡Qué significa satisfacción y qué quiere decir *ir tirando!* La madurez, la formación profesional sólida conlleva inquietudes, a veces angustias, insatisfacción de no llegar aún a más y, al mismo tiempo, infunde satisfacción, resulta gratificante. Tranquiliza. La paz del cementerio no satisface, recome por dentro. La inquietud de la vida, su frenesí creciente, motiva, estimula, incordia, madura a las personas. Las flores no han de ser para los muertos, que no pueden apreciarlas. Los que viven intensamente son quienes deben gozar del suave perfume que estimula.

4.ª Pregunta

¿Cómo cree que le consideran los médicos?		%
Bien considerada	26	65
No lo sabe	5	12
Mal	3	7
Aceptado con reservas	4	10
Aceptado con reservas (Farmac.)	1	2
Sin contestación	1	2

Al profesional de Enfermería que tradicionalmente en España ha venido siendo el auxiliar del médico, le resulta interesante saber qué opina el *superior* del súbdito. Pero en este caso sólo sabemos la opinión de una de las partes, la parte más interesada. Creemos que la otra parte de la vertiente, los médicos, hubieran dado unas respuestas más reales. De todas formas, también, ahí quedan los datos. Resultados aceptables. Tal vez poco optimistas, creemos que reales. La desgravación de la influencia médica sobre los ATS sólo debe servir, si somos conscientes, para aumentar en nosotros el sentido de superación, de responsabilidad, de continuidad en nuestros deseos y progresión ascendente.

Toda profesión independiente ha de saber estructurar su *status.* Si, después de mucho ruido, si después de nuestro aligeramiento de lastre externo, si después de liberarnos de influencias pretéritas, no conseguimos montar nuestro verdadero status, nuestra manera positiva de ser, nuestra auténtica y rica personalidad, vacío y nulo será el ruido y las salvas incoherentes.

La opinión ajena debe servirnos de estímulo; no, nunca desencadenante de reacciones negativas.

5.ª Pregunta

¿Cómo le considera la Dirección del Hospital?		%
Bien considerada	31	77
Falta pregunta	1	2*
Bien pero con reservas (Farmac.)	1	2
No lo sabe	3	7
Mal	2	5
Sin contestación	2	5

También aquí, como en el apartado siguiente, creemos de gran interés e importancia saber cómo nos consideran las direcciones de los hospitales. Desde aquí referimos al lector al comentario anterior.

Las direcciones pueden considerarnos positivamente, bien porque verdaderamente ayudamos al buen funcionamiento del Centro asistencial, bien porque no les creamos problemas. Creo que el asunto merece una profunda reflexión. Bien, pensemos, reflexionemos, analicemos nuestras posturas, nuestra actuación, nuestra filosofía operativa, profesional y científica.

6.ª Pregunta

¿Pertenece a la Junta de Gobierno del Centro?		%
Sin Junta	2	5
Sin contestación	1	2
Sin concretar	1	2
Con Junta sí asisten	19	47
Con Junta no asisten	17	42

Que las ciencias organizativas empresariales en España están poco desarrolladas, es un hecho. Que éstas ciencias estén aplicadas a la gestión hospitalaria es, en general, una utopía o algo peor.

* Esta respuesta sorprendente se va repitiendo a lo largo del trabajo.

La pregunta estaba hecha con una gran carga de intencionalidad. Esta pregunta quiere desengañar la alta positividad de la anterior. Las direcciones de los hospitales prestan gran consideración a los Jefes de Enfermería, pero los dejan a un lado. No cuentan con ellos. No representan nada ni a nadie o a muy pocos. El 47 % de los Jefes de Enfermería forman parte de la Junta de Gobierno. Poca, muy poca es esta concesión. Que no es concesión, sino derecho. Los hospitales se dinamizan, principalmente, por los Gerentes, Directores Médicos, Directores de Enfermería, Jefes de Administración y de Personal. Esta es la gestión moderna, científica y eficiente. Todo lo otro sólo resulta caciquismo, desorganización, carencia de conocimientos gestores.

Pero yo pregunto, ¿qué pintan en las Juntas de Gobierno de los hospitales, supertecnificados, unos profesionales de Enfermería carentes de formación, de madurez, de sentido gestor? El panorama se presenta, si no negro, sí muy oscuro. Mas hay que superarse, quemar etapas, formarse. Este puesto de trabajo no se adquiere ni se presta por admiraciones, concesiones arbitrarias, sino con esfuerzo, estudio, sentido de responsabilidad, y también hace mucha falta la continuidad en el esfuerzo; los desánimos resultan catastróficos.

7.ª Pregunta

¿Tiene organizada la Enfermería con descripción de Puestos?

		%
Sin concretar	5	12
Sin contestación	1	2
Sin descripción	3	7
Con descripción	31	77
Con descripción (Laboratorio)	1	2

Si las precedentes contestaciones son reales, sinceras, auténticas, buena cosa es; me congratulo. Pero permitidme que de entrada no me lo crea; o al menos permitidme que ponga mis reparos.

Esta pregunta está puesta con toda intencionalidad precediendo a las siguientes. ¿Pueden darse un 77 % de respuestas afirmativas cuando no se tiene un concepto claro de la filosofía del Departamento (pregunta 8.ª) o se padece penuria de reglamentos de régimen interior, pregunta 9.ª, que son los marcapasos para esta técnica descriptiva de funciones?

Apenas, prácticamente no hay profesionales Jefes de Enfermería con los estudios requeridos para esta función. Y sin estudios es muy difícil conocer una rama cualquiera de las ciencias humanas.

Creo que se impone la necesidad de crear escuelas de mandos. Pero escuelas con criterios auténticos, métodos adecuados y sistemas modernos. Interesa menos espectacularidad y más autenticidad*.

* En Barcelona este curso académico, 1976-77 se está dictando la tercera promoción de supervisores de Enfermería. Este es un gran paso dado por el Colegio Oficial de Enfermería, sección femenina.

8.ª Pregunta

¿Tiene descrita alguna filosofía del Departamento?

		%
Sin concretar	4	10
En proyecto	3	7
Falta pregunta	1	2
No	17	42
Sí	15	37
Sin contestación	1	2

La filosofía se define como amor a la verdad. La filosofía de Enfermería, para Myriam Ovalle, en trabajo no publicado, consiste en:

1. «La filosofía del Departamento de Enfermería se basa en la filosofía del cuidado del paciente establecida por el hospital.
2. El Director del servicio de Enfermería y su personal formularán una declaración escrita de sus convicciones razonadas sobre el servicio de enfermería, que se usará en el planeamiento del programa total del cuidado de enfermería.
3. La filosofía se acepta por la administración por estar de acuerdo con la filosofía de cuidado del paciente establecida por el hospital.
4. La filosofía se basa en el concepto de la naturaleza del hombre y sus necesidades individuales de asistencia para recuperar o mantener un óptimo estado de salud.
5. La filosofía indica cómo la enfermería dentro de las disciplinas de salud cumple su función única en relación con las necesidades de salud del individuo y la comunidad.
6. La filosofía expresa un concepto de administración de enfermería de acuerdo con la del hospital.
7. La filosofía reconoce la administración como un medio de llevar a cabo las metas de la institución.
8. La filosofía se basa en el concepto de la dignidad y derechos del paciente como individuo y de la persona que provee el cuidado.
9. La filosofía se basa en el principio de justicia social que incluye al paciente, personal y la comunidad a la cual se sirve.»

¿Es éste nuestro credo estimulante y operacional?

9.ª Pregunta

¿Su Hospital tiene descrito algún Reglamento interno?

		%
Con reglamento pero de escasa utilización por su antigüedad	1	2
Con reglamento	27	67
En redacción	3	7
Sin contestación	1	2
Sin concretar	1	2
No lo sabe	2	5
Sin reglamento	5	12

Al parecer, gran número de Hospitales barceloneses disponen de reglamento de régimen interior. Buen signo. No obstante, aunque en reducido número, dos personas con cargo directivo, de entre cuarenta, ignoran si su centro dispone de reglamento. ¿Cómo puede concebirse semejante despiste?

10.ª Pregunta

¿Qué planes de docencia tiene para su personal en este curso?

		%
No hay planes de docencia	15	37
Cursillos técnicos	13	32
Orientaciones privadas	4	10
Cursos de promoción	1	2
Varios	4	10
Sin contestación	1	2
Sin concretar	2	5

La formación continuada es imprescindible.

El concepto de *Educación Permanente* se ha ido imponiendo paso a paso con el peso de una lógica aplastante. La educación del hombre es cuestión de toda la vida, sin solución de continuidad. La formación profesional y permanente es un deber, más que un derecho.

Nuestros departamentos de Enfermería todavía adolecen de un grave sentido de inoperancia formativa.

11.ª Pregunta

¿Le dejan o le dejarían desarrollarlo en su Hospital?

		%
Sin contestación por no haber planes de docencia	5	12
Sí	29	72
Falta pregunta	1	2
Sin concretar	1	2
No	2	5
Sin contestación	1	2
No lo sabe	1	2

Las direcciones de los hospitales se van sensibilizando cara a una mayor y mejor formación de su personal. Es un buen signo. Lo que importará, también, cada día más, es que los responsables de Enfermería se identifiquen con esta necesidad y planifiquen de manera que todo el personal de su demarcación vaya adquiriendo una formación integral, no exclusivamente técnica.

12.ª Pregunta

¿Le ayudan a desarrollar los planes de docencia?

		%
Sin contestación por no haber planes de docencia	7	17
Sí	26	65
Falta pregunta	2	5
Sin concretar	1	2
No	2	5
Sin contestación	2	5

Además de comprender y admitir la posibilidad de una formación continuada del personal, es imprescindible disponer de ayudas, de comprensión, de estímulos.

13.ª Pregunta

¿Cómo le ayudan a desarrollar los planes de docencia?

		%
Sin contestación por no haber planes de docencia	6	15
Sin contestación	8	20
Falta pregunta	1	2
Aportación de medios y trabajo personal	21	52
Sin concretar	3	7
No	1	2

La verdad es que las ayudas no son muchas y los estímulos brillan por su ausencia. Pero deberíamos preguntarnos si se carece de ayudas porque son negadas o porque no se piden, o se piden mal, o no se sabe utilizar el instrumento educativo. Porque formar es difícil, requiere previos conocimientos o aceptación sincera de su carencia, para motivar a los demás, además de sí mismos, a conseguir los medios apetecidos. Sólo se adquiere lo que se quiere, pero ese querer encierra a veces un gran esfuerzo, un gran sacrificio, una gran incomprensión.

Cuando se está convencido de que se lucha por algo noble, no se retrocede, aunque cueste sudores. Quien no pedalea no llega a la meta. Y en castellano castizo y llano se dice que quien no llora no mama. Así es la vida y ésta es una función esencial del directivo, planificar: pedir, dar.

14.ª Pregunta

¿Aplican sistemas de control de calidad en Enfermería?

		%
No	12	30
Sí	21	52
Falta pregunta	1	2
Sin concretar	5	12
Sin contestación	1	2

También me hacen sospechar de optimistas las respuestas a esta pregunta. ¿Realmente saben la gran mayoría de nuestros Directivos de Enfermería qué son sistemas de Control de Calidad? ¿Saben aplicarlos? ¿Están dispuestos a aceptarlos?

El control de calidad se aplica a algo que ya existe, a algo, en nuestro caso, que ya funciona. Volvemos a insistir que creemos que en España, generalmente, la Enfermería funciona mal. No hay criterios, no hay filosofía, faltan personas.

Los criterios de la OMS sobre Enfermería son bien precisos y determinantes. En ellos debemos inspirarnos. Ellos deben ser nuestra guía. Pero en el contexto de funciones e interrelaciones del profesional de Enfermería debe encontrarse siempre el deseo de análisis crítico de su trabajo.

Actualmente el profesional de Enfermería se debate en un medio o estado psicológico de adquisición de prestigio. Se encuentra inmerso en lo que Maslow denominó niveles de la personalidad. Creo que aún tardaremos en alcanzar el alto nivel de autorrealización, de desarrollar los valores superiores. Insistimos, hay que ser sinceros y ponernos a enjuiciar nuestra labor con sentido crítico, consciente y responsable.

15.ª Pregunta

¿Qué opina del Plan de Reforma Sanitaria en España?

		%
En principio acertado	6	15
Acertado	14	35
No lo cree necesario	1	2
Sin contestación	2	5
Insuficiente	5	12
No cree se realice	1	2
Sin concretar	3	7
No lo conoce	8	20

El entonces vicepresidente primero del Gobierno y Ministro de la Gobernación, señor García Hernández, a mediados de 1975, nos decía a los españoles: «Aspiro a que la opinión pública opine y aporte sus criterios a los trabajos que ha realizado la Comisión, en la que han intervenido ochocientos especialistas». Añadía: «Este estudio no es ni completo ni definitivo».

Y pregunto, a este deseo del ministro, ¿qué hemos aportado los profesionales de Enfermería? Ya veis, el 20 % no lo conocen; algunos no lo creen necesario; hay quienes no se dignan contestar o no concretan y unos cuantos dan respuestas para todos los gustos. ¡Y hablamos de directivos de hospitales!

CONCLUSIONES, BASES O RAZONES PARA UNA REFORMA DE LA ENFERMERIA EN ESPAÑA

1.ª Convencimiento de que éstas son las vías que la sociedad moderna reclama. Tomemos por referencia y lugar de citación o acúmulo de datos, por no resultar farragosos, los informes que aparecen en el libro *Autopsia, chequeo a la Medicina Española,* de Oscar Caballero, Ediciones Nauta, S. A. (1975).

2.ª Lo quieren, lo solicitan, lo demandan los profesionales de la sanidad nacional y los profesionales de enfermería. Véanse las conclusiones de las Jornadas de Enfermería en Barcelona, 16 y 17 de noviembre del año 1974 y, también en Barcelona, 30 de junio a 5 de julio de 1975, en el III Congreso Nacional y I Iberoamericano de Hospitales, en las conclusiones de las Jornadas de Enfermería de Bilbao, 7 y 8 de diciembre de 1975 y en la prensa diaria a lo largo de 1976 y 1977.

3.ª Oficialmente lo quiere el Estado, apoyados en la nueva Reforma Sanitaria Española a lo largo de todo el documento, especialmente en el artículo 77, números 2, 4, 5 y 6. Documentación que tras su primera fase de corrección fue presentada y se le dio paso a nuevas correcciones, en el Consejo de Ministros del día 7 de noviembre de 1975.

4.ª Nos identificamos con los usos, costumbres y doctrina internacional, especialmente dimanante de los cinco Informes de Expertos de la OMS en Enfermería, y el último documento también de la OMS, sobre Enfermería en España y sobre Enfermería en general, Tribuna Médica, Separata, 18-VI-76.

5.ª Responde a la filosofía de los Ayudantes Técnicos Sanitarios; doctrina dimanante de los cuatro puntos anteriores, y que se va imponiendo cada vez con mayor intensidad su ideario de asistencia al enfermo en las cuatro dimensiones específicas de la profesión de Enfermería, esto es:

- — Dimensión preventiva, curativa y rehabilitadora.
- — Dimensión de cuidados integrales a la persona.
- — Dimensión de organización, dirección, control, calidad y eficiencia.
- — Dimensión de enseñanza a los profesionales y a la comunidad.

Hay que cambiar, actualizar, mejorar o perfeccionar el status y el rol de los profesionales de Enfermería.

Partiendo de estas conclusiones como bases de un nuevo resurgir de la profesión, creemos que podrá comenzarse a programar y a nacer los nuevos directivos de Enfermería.

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI

Director de Enfermería del Hospital San Juan de Dios
Jefe de la Escuela ATS San Juan de Dios. Barcelona

Pastoral hospitalaria

PANORAMICA ACTUAL DE LA PRESENCIA DE LA RELIGIOSA SANITARIA EN LA IGLESIA ESPAÑOLA

La Federación Española de religiosas informa a los obispos

No creemos necesario detenernos sobre la tarea realizada por la Iglesia en el mundo de la salud, por ser de todos conocida, cómo ha continuado la Misión de Cristo, atendiendo, según las necesidades de los tiempos, a los enfermos, anunciándoles así la Buena Nueva del Reino, a lo largo de la Historia de la Humanidad y concretamente, en lo que a nosotros respecto, de España.

Partimos pues de una realidad conocida y recordamos, que existe en el país la Federación Española de Religiosas Sanitarias, conocida vulgarmente con el nombre de FERS. Federación que nace en los años cincuenta «trabajar unidas todas las Congregaciones que residen en España y que tienen por misión la asistencia a los enfermos, para conseguir un mayor perfeccionamiento técnico en nuestra acción caritativa, a la vez que el bien de las almas y nuestra propia santificación».

Creemos por ello innecesario detenernos a contemplar cuánto ha tenido que ver la vida religiosa sanitaria en ese atender, cuidar y curar, en el sentido evangélico de la palabra, al hombre en situación de enfermedad; pero nos parece oportuno detenernos ante algo de lo que constituye la panorámica actual de la presencia de la religiosa sanitaria, por lo tanto de un sector de la Iglesia Española, en la realidad de la Sanidad Nacional.

¿DONDE ESTAN LAS RELIGIOSAS SANITARIAS?

(Decimos «están» para no prejuzgar la participación en situaciones concretas en las que se ve la comunidad religiosa)

Administración Central

De 117 centros del Ministerio de Gobernación están en 52.
De 9 centros del Ministerio de Educación y Ciencia están en 9.
De 42 centros de Ministerios Militares están en 39.

Administración Local

De 114 centros de Diputaciones y Cabildos están en 86.
De 104 centros de Municipios están en 84.

Seguridad Social

De 69 centros están en 65.
De 30 centros de la llamada hasta ahora Obra Sindical están en 12.

Beneficencia Particular

De 72 centros están en 47.

Iglesia

De 83 centros están en 71.

Cruz Roja Española

De 40 centros están en 31.

Particulares no propiedad de la Iglesia (Clínicas, etc.)

De 593 centros están en 174.

Observemos que en Clínicas y Sanatorios privados, no propiedad de la Iglesia, la proporción de presencia, no es mayor en relación con el resto de los centros existentes.

Estamos en el 50 % del total general de centros sanitarios y la presencia en clínicas privadas, no propiedad de la Iglesia, asciende en relación con el total general, a un 25 %; pero si sustraemos de ese total general (de centros en España y de centros en los que está una comunidad religiosa) los Privados no propiedad de la Iglesia, observamos, que existe una comunidad religiosa en el 77,8 % de los centros del país.

¿CUANTAS RELIGIOSAS SANITARIAS TRABAJAN EN LOS CENTROS DEL PAIS?

Religiosas tituladas	7291
Religiosas sin titulación	4591

Lo que supone un total de 11 882 religiosas trabajando en centros sanitarios con régimen de internado.

Que unidas a las que prestan sus servicios en atención domiciliaria, dispensarios, etc., asciende a un total general de 12 724 religiosas.

¿QUE PUESTOS DE TRABAJO OCUPAN LAS RELIGIOSAS?

El cuestionario personal sobre la situación de la religiosa sanitaria en la Iglesia española, nos ofrece las siguientes realidades:

Médicos	12
Asistentes Sociales	13
Jefes de Estudios, Monitoras Escuela ATS	30
Administración	85
Recepción de enfermos	115
Jefes y adjuntas de enfermería	130
Supervisoras	282
Cocinas y lavaderos	428
Auxiliares de clínica	614
Enfermeras	1276

Obsérvese que la *mayoría* (61,3 %) de las religiosas encuestadas, están en *puestos* de trabajo que les facilita un *contacto personal directo con el enfermo y sus familiares,* siendo inferior el de aquellas que están en puestos, denominados generalmente, como «puestos de mando».

¿SUS PUESTOS DE TRABAJO CORRESPONDEN A LA TITULACION QUE POSEEN?

Titulación básica sanitaria

	Médico	Enferm.	Aux. C.	No tit.	Total
Sí corresponde	29	1500	441	244	2214
No corresponde	5	151	169	112	437

Lo cual supone que un 83,5 % de las religiosas encuestadas, *poseen la titulación que requiere su puesto de trabajo.*

En cuanto al 16,5 % de las religiosas cuyo puesto de trabajo no corresponde a la titulación, sólo el 41 % tiene menos de 40 años de edad, siguiéndole el 34 % de 40 a 50 años, el 15,9 % de 50 a 60 y el 8,6 % de más de 60 años.

OTROS TITULOS PROFESIONALES NO SANITARIOS

A ello podemos añadir que 564 religiosas poseen otros títulos profesionales no sanitarios (Periodismo, Magisterio, Idiomas, etc.).

¿TIENE INQUIETUD LA RELIGIOSA SANITARIA POR SU FORMACION?

Baste decir que el 31 % de las religiosas encuestadas están realizando estudios actualmente. De ellas 170 hermanas son alumnas de ATS.

El gran esfuerzo realizado por Congregaciones y personas en concreto, para responder a la llamada de la Iglesia a una formación adecuada para Evangelizar hoy con el modelo de siempre, es ya una inquietud pastoral en la vida religiosa sanitaria. No obstante cabe preguntarnos por esa inquietud de un modo directo:

¿TE CONSIDERAS ACTUALIZADA EN TU PREPARACION PASTORAL? RESPONDEN

Años de vida religiosa

Años	10	10-19	20-29	30-39	40-49	Total
No, nada	110	367	360	173	78	1088
Un poco, de todo	110	480	444	321	150	1505
Sí, mucho	24	46	41	35	23	169

Nos parece suficientemente expresiva la respuesta para todos nosotros, con vistas a una adecuada Pastoral

de Conjunto y un Plan de Formación permanente. Y es tanto más expresiva si contemplamos las respuestas a la pregunta realizada sobre

ASPECTOS DE FORMACION EN LOS QUE NECESITAS MAS ORIENTACION

Por orden de importancia son:

1.º	Aspecto religioso pastoral	3075 respuestas
2.º	Aspecto humano-profesional	1801 respuestas

Vemos por los datos, una preocupación eminentemente pastoral, como se puede observar.

Cabría también añadir que 500 religiosas de las encuestadas han hecho *estudios teológicos y pastorales.*

Dato bastante significativo es el de que habiéndose encontrado en conflictos laborales 929 religiosas, sólo 194 necesitan orientación sociopolítica.

¿QUE EDADES TIENEN LAS RELIGIOSAS SANITARIAS?

Años de vida religiosa

Años	10	10-19	20-29	30-39	40-49	Total
Religiosas	267	1006	1039	653	313	3278

Tenemos por tanto un horizonte de *quince años de trabajo* (pensando en que se jubilen a los 65 años) en un 70,6 % del total de Hermanas encuestadas, pero no podemos perder de vista el escaso reclutamiento actual. Pensamos que es una contestación a toda la Pastoral de Conjunto, porque el cultivo de la fe en la juventud, no desemboca en lo absoluto de Dios, como posible opción inspiradora de vida.

RELACION LABORAL QUE ACTUALMENTE TIENEN LAS RELIGIOSAS SANITARIAS

El 13,8 % de las religiosas encuestadas tienen contrato personal de trabajo y por tanto gozan de los derechos de cualquier trabajador. Si a ellas unimos el 13 % de las que trabajan en Seguridad Social, que en virtud del convenio comunitario, gozan de todos los derechos laborales a excepción de la plaza en propiedad, tenemos un 26,8 % de religiosas encuestadas, cuya situación laboral está regulada según las exigencias de hoy.

QUE FORMULA CREEN LAS RELIGIOSAS ES LA MEJOR PARA RESPONDER A LAS EXIGENCIAS DE EVANGELIZACION EN LA IGLESIA DE HOY

El 51,6 % optan por el contrato personal; el 42,5 % por el convenio comunitario, el 4,3 % sin ninguna contratación y el 1,6 % por otra fórmula.

El tipo de contratación tiene generalmente una repercusión directa en que la comunidad esté presente o no, como tal comunidad, dentro del centro del que se depende. Sobre todo lo expuesto, pasamos ahora a dejar constancia de la situación actual:

— Por parte de la FERS.

— Por parte de los organismos de los que se depende para la contratación.

POR PARTE DE LA FERS

1. En estos momentos, profundiza —a nivel de organismo y de individuo— en la responsabilidad que tiene en la tarea evangelizadora de la Iglesia, en un campo concreto: El Mundo de la Salud, haciéndose eco de la llamada del *Sínodo 74* y de la *Evangelii Nuntiandi.* Para ello, trabaja por conseguir una asistencia más inspirada por el humanismo evangélico.
2. Ha tomado conciencia de la necesidad de trabajar en los centros, ocupando el puesto que corresponda a cada hermana, por razón de su titulación, aptitudes y preparación, para lo cual trabaja en estos momentos en la actualización de convenios.
3. Insiste en el valor del testimonio comunitario como «signo de total disponibilidad para con Dios, la Iglesia, los hermanos» (E.N. 69), dentro de los centros sanitarios. No obstante, acepta la visión de un grupo que desea vivir fuera de los centros, siempre que la vida religiosa sea signo visible de la comunidad eclesial.
4. Reconoce que no existe la disponibilidad y el desprendimiento requerido para vivir en radicalidad las Bienaventuranzas, por parte de algunas religiosas que tienden a la profesionalización por lo que ha emprendido la campaña Pastoral sobre «Evangelización y Catequesis en el campo sanitario», de modo que las propias religiosas, desde su reflexión personal, se replanteen su hacer como consecuencias de un ser en radicalidad.

POR PARTE DE LOS ORGANISMOS

1. *Instituto Nacional de Previsión* (INP)

— Las religiosas que trabajan en centros dependientes de este Organismo, ocupan el puesto que les corresponde por titulación, aptitudes y preparación. Tienen por lo tanto sueldo, vacaciones, jornada laboral, seguros sociales, al igual que sus compañeros de categoría profesional; pero por formar parte de una comunidad residente en los centros se les limita los derechos individuales:

a) No concediéndoles plaza en propiedad.

b) No reconociéndoles la antigüedad en los

servicios prestados (sí se les reconoce a las que salen de las Congregaciones).

c) No pudiendo, por todo lo indicado, ocupar cargos de dirección de enfermería.

2. *Administración Institucional de la Sanidad Nacional* (AISN)
(Centros que hasta hace poco dependían de la Dirección General de Sanidad, del Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades de tórax y Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.)

— Por acuerdo del Consejo de Ministros del pasado mes de abril, todas las plazas del personal religioso (el 33 % de la plantilla), han sido transformadas en plazas laborales —a ocupar indistintamente por religiosas o seglares— con una sola categoría: Auxiliar de Clínica, ya sean enfermeras, ya administrativas, etc., las hermanas que ocupaban dichas plazas.

— Concede a las religiosas mayores que han trabajado durante largos años para el organismo, permanecer en los centros hasta su muerte, sin efectos de nómina. Concesión que no ha sido realizada por el INP, que no ha considerado los años trabajados por las religiosas desde 1952.

— Se observa interés porque la comunidad religiosa permanezca viviendo en los centros de su dependencia.

— En los centros dependientes del AISN, existe inadecuada atención a los enfermos por falta de medios y de personal, con los consiguientes problemas para la comunidad religiosa que está en dichos centros.

3. *Corporaciones locales*
(Diputaciones, Cabildos, Municipios)

— Generalmente están muy mal equipados por —indican— no disponer de medios económicos, aunque observamos que se invierte capital en gastos innecesarios, en detrimento de las necesidades, a veces, más elementales de los enfermos.

— Quieren la presencia de la comunidad religiosa, pero no aceptan fácilmente la renovación de convenios: ni regulación de horarios —porque supone aumento de plantilla— ni inclusión en seguridad social. Los motivos siempre son económicos, pero la no regulación de horarios y las condiciones precarias hacen que la hermana, no tenga una vida que favorezca su equilibrio humano y espiritual.

4. *Privados no propiedad de la Iglesia*

— Suelen responder a intereses personales de los médicos, que generalmente son los dueños.

— Al pedir renovación de convenios, no aceptan la inclusión en Seguridad Social, ni el aumento de plantilla con el consiguiente horario inadecuado que repercute directamente en la vida de la religiosa y por consiguiente en la Evangelización.

5. *Militares*

Acaba de ser renovado el convenio, después de casi cuatro años de trabajos. No han aceptado la inclusión en Seguridad Social y les conceden una asignación sin tener en cuenta la categoría profesional. Aceptan la permanencia de las hermanas mayores y les conceden prestación sanitaria en cualquier centro militar. Les descuentan el 50 % por manutención y alojamiento, de la asignación mensual. Está prevista la jubilación de las hermanas con asignación vitalicia según unas bases económicas fijadas, en las que se tiene en cuenta años trabajados, siendo estos acumulables, aunque medie un lapso de tiempo sin estar al servicio de la FARS (Fuerzas Armadas).

6. *Iglesia*

Apoyo casi nulo por parte del Estado, a estos Centros. Ha de salir adelante por sus propios medios. La mayoría de estos centros son de Psiquiatría, personas subnormales, etc., que la sociedad actualmente no atiende.

7. *Otros sectores*

Creemos también oportuno indicar, que la FERS, trabaja para sensibilizar a las religiosas hacia otros campos de acción, que no son sólo el Hospital:

— Atención a domicilio (ancianos y enfermos).
— Zonas rurales.
— Educación sanitaria.
— Psiquiátricos.

Sectores no atendidos adecuadamente por la sociedad de hoy, como nos indica la sociología (Conf. FOESSA 75). Sectores, pues, que constituyen prioridad y que actualmente en un mundo laicizado, centros masificados, nos preguntamos si no será una llamada a estar más presente la vida religiosa, en estos sectores.

CONCLUSION

Hemos ofrecido una panorámica, en la que hemos intentado poner de relieve, algunos aspectos que creemos importantes para nuestra inserción hoy, en el mundo de la salud, y estamos dispuestas, desde la Federación a aportarles los datos que necesiten para su quehacer pastoral.

La FERS sabe de sus limitaciones, pero se compromete a asumir la responsabilidad de responder eclesialmente, al reto que el mundo actual está haciendo a la vida religiosa y en concreto a la sanitaria, a ser «signo de total disponibilidad para con Dios, la Iglesia y los hermanos» (E. N. 69) En el Mundo de la Salud, para lo cual seguirá trabajando por tener:

— Más una posición de colaboración que de autoridad.
— Más una posición de inserción que de posesión.
— Más un sentimiento fraterno, que un complejo de superioridad religiosa (S. Guillemin).

Una actitud, en definitiva más evangélica y por ello más misionera, pero no excluye asumir responsabilidades diversas en el Mundo de la Salud.

ALGUNAS ASPIRACIONES DE LAS RELIGIOSAS SANITARIAS

Cabría preguntarse qué espera la FERS del Episcopado Español:

1. El apoyo solidario de una acción coordinada, que haga caminar a la vida religiosa sanitaria, en la búsqueda de una fidelidad en constante renovación, para que entre todos, sepamos conservar, con la gracia del Señor, el *don divino* que El concedió para el bien de la Iglesia (Conf. L. G. 43).
2. Que cuando traten, como Pastores, de temas relacionados con el Mundo de la Salud, sigan contando con la FERS como órgano representativo de las Religiosas Sanitarias de España, Asociación reconocida como tal en el Ministerio de Justicia.
3. Que apoyen el deseo de que sea regulado con normativa general y única, el trabajo que una comunidad religiosa, pueda realizar residiendo en centros, ya sean públicos (estatales para-estatales, de organismos autónomos, INP, etc.) o privados (clínicas de médicos, centros de Cruz Roja, etc.), reconociendo:
   — La presencia del grupo como tal: la comunidad.
   — Sus exigencias como grupo religioso.
   — La categoría profesional que corresponda a la titulación, aptitudes y preparación, de cada uno de los miembros de dicha comunidad y por ello,
   — Igualdad de condiciones laborales, como el resto del personal de su categoría profesional.
   — Tenga en cuenta la obligación moral de plantearse la situación de aquellas religiosas que gastaron su vida al servicio de una institución determinada. ■

LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL HOY

Los datos, que siguen, están tomados del «Cuestionario Personal para la Renovación Pastoral del Ministerio en el Hospital», enviado a 770 Capellanes de Hospital y contestado por 328.

Edad (año de nacimiento)

1900 o antes	6	1,8 %
1901 a 1911	47	14,4
1912 a 1921	62	19,0
1922 a 1931	112	34,3
1932 a 1941	74	22,6
1942 a 1951	26	8,0

— El 16,2 % pasa de los 65 años.
— Hay un predominio de los de la edad de la madurez (35 a 55 años) 56,9 %.
— Hay también jóvenes: 8 %.
— Tendencia al envejecimiento.

Tiempo de ejercicio

5 años o menos	140	43,1 %
6-15	135	41,5
16-25	32	9,8
Más de 25	18	5,5

— La gran mayoría lleva menos de 16 años.
— Casi la mitad son Capellanes hace menos de 6 años. Un 62 % de éstos tienen de 45 a 65 años. Hay tendencia, pues, a nombrar a sacerdotes ya maduros.
— Sólo un 14,3 % fue nombrado antes de los 35 años.

Situación en la Iglesia

Sacerdote Diocesano	251	77,2 %
Sacerdote Religioso	74	22,8

— Predominio manifiesto del Clero Diocesano.
— Es más joven el grupo de Capellanes Religiosos.

Situación en el Hospital

Sólo	174	53,5 %
Con otros	137	42,2
Suplente	14	4,3

— Más de la mitad de los Hospitales tienen un solo Capellán.

La FERS sabe de sus limitaciones, pero se compromete a asumir la responsabilidad de responder eclesialmente, al reto que el mundo actual está haciendo a la vida religiosa y en concreto a la sanitaria, a ser «signo de total disponibilidad para con Dios, la Iglesia y los hermanos» (E. N. 69) En el Mundo de la Salud, para lo cual seguirá trabajando por tener:

— Más una posición de colaboración que de autoridad.
— Más una posición de inserción que de posesión.
— Más un sentimiento fraterno, que un complejo de superioridad religiosa (S. Guillemin).

Una actitud, en definitiva más evangélica y por ello más misionera, pero no excluye asumir responsabilidades diversas en el Mundo de la Salud.

ALGUNAS ASPIRACIONES DE LAS RELIGIOSAS SANITARIAS

Cabría preguntarse qué espera la FERS del Episcopado Español:

1. El apoyo solidario de una acción coordinada, que haga caminar a la vida religiosa sanitaria, en la búsqueda de una fidelidad en constante renovación, para que entre todos, sepamos conservar, con la gracia del Señor, el *don divino* que El concedió para el bien de la Iglesia (Conf. L. G. 43).
2. Que cuando traten, como Pastores, de temas relacionados con el Mundo de la Salud, sigan contando con la FERS como órgano representativo de las Religiosas Sanitarias de España, Asociación reconocida como tal en el Ministerio de Justicia.
3. Que apoyen el deseo de que sea regulado con normativa general y única, el trabajo que una comunidad religiosa, pueda realizar residiendo en centros, ya sean públicos (estatales para-estatales, de organismos autónomos, INP, etc.) o privados (clínicas de médicos, centros de Cruz Roja, etc.), reconociendo:
   — La presencia del grupo como tal: la comunidad.
   — Sus exigencias como grupo religioso.
   — La categoría profesional que corresponda a la titulación, aptitudes y preparación, de cada uno de los miembros de dicha comunidad y por ello,
   — Igualdad de condiciones laborales, como el resto del personal de su categoría profesional.
   — Tenga en cuenta la obligación moral de plantearse la situación de aquellas religiosas que gastaron su vida al servicio de una institución determinada. ■

LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL HOY

Los datos, que siguen, están tomados del «Cuestionario Personal para la Renovación Pastoral del Ministerio en el Hospital», enviado a 770 Capellanes de Hospital y contestado por 328.

Edad (año de nacimiento)

1900 o antes	6	1,8 %
1901 a 1911	47	14,4
1912 a 1921	62	19,0
1922 a 1931	112	34,3
1932 a 1941	74	22,6
1942 a 1951	26	8,0

— El 16,2 % pasa de los 65 años.
— Hay un predominio de los de la edad de la madurez (35 a 55 años) 56,9 %.
— Hay también jóvenes: 8 %.
— Tendencia al envejecimiento.

Tiempo de ejercicio

5 años o menos	140	43,1 %
6-15	135	41,5
16-25	32	9,8
Más de 25	18	5,5

— La gran mayoría lleva menos de 16 años.
— Casi la mitad son Capellanes hace menos de 6 años. Un 62 % de éstos tienen de 45 a 65 años. Hay tendencia, pues, a nombrar a sacerdotes ya maduros.
— Sólo un 14,3 % fue nombrado antes de los 35 años.

Situación en la Iglesia

Sacerdote Diocesano	251	77,2 %
Sacerdote Religioso	74	22,8

— Predominio manifiesto del Clero Diocesano.
— Es más joven el grupo de Capellanes Religiosos.

Situación en el Hospital

Sólo	174	53,5 %
Con otros	137	42,2
Suplente	14	4,3

— Más de la mitad de los Hospitales tienen un solo Capellán.

— Están solos, en mayor proporción, los de edad avanzada.

Residencia

En el Hospital	212	65,0 %
Fuera	114	35,0

— El 90,7 % de los Capellanes de Hospital con más de 1000 camas residen en el Hospital.
— Un 18,8 % de los Capellanes de Hospitales con 50 camas o menos, residen en el Hospital.

Horas diarias de dedicación habitualmente

2 o menos	57	17,8 %
3-4	58	18,1
5-6	43	13,4
7-8	37	11,5
Más de 8	126	39,3

— El 92,9 % de los que dedican más de 8 horas residen en el Hospital.
— Un 15,8 % de los que dedican menos de 3 horas, reside en el Hospital.
— El 35,9 % dedica menos de 5 horas.

Nómina mensual

5 000 o menos	53	16,7 %
6 000-10 000	67	19,5
11 000-15 000	66	20,8
16 000-20 000	113	35,5
Más de 20 000	24	7,5

— A la luz de estos datos se constata una desigualdad económica entre los Capellanes: mientras un 7,5 % cobra más de 20 000, hay un 16,7 % que no llega a las 6000.
— Un 15,8 % de los que dedican menos de 3 horas diarias perciben más de 16 000 pesetas.
— Un 16,4 % de los que trabajan a pleno tiempo perciben menos de 11 000.
— Entre los que perciben menos de 6000, unos dedican menos de 3 horas y otros más de 8.

Descanso semanal. Vacaciones anuales

Sí	163	51,9 %
No	151	58,1

— El 86 % de los Capellanes de los Hospitales grandes (más de 1000 camas) disfrutan de su día de descanso y vacaciones.
— Los que están solos (el 53,5 %) han de buscarse ellos la solución.

Seguridad Social

Sí	52	16,5 %
No	264	83,5

— La gran mayoría sigue sin Seguridad Social. Los Capellanes de los centros de la Seguridad Social son los únicos de todo el personal que no están afiliados.
— Los Capellanes del A.I.S.N. disfrutan desde abril de 1976 de la Seguridad Social.

Retiro. Jubilación

Sí	53	17,3 %
No	254	82,7

— Sólo un 17,3 % tienen derecho legal al Retiro.
— Entre los que no tienen Retiro, hay un 15,8 % que son mayores de 65 años.

Preocupación posibles problemas de retiro y jubilación

No, nada	117	38,2 %
Muy poco	20	6,5
Poco	41	13,4
Bastante	51	16,7
Mucho	38	12,4
Muchísimo	39	12,7

— Hay un grupo muy numeroso (58,1 %) que manifiesta estar nada, muy poco o poco preocupado por el Retiro. ¿A qué se debe? ¿Tenerlo ya resuelto? ¿Verlo aún lejano? ¿Confianza en solucionarlo? ¿Confianza en la Divina Providencia?...
— Están más preocupados los de edad avanzada (52,4 % → 65-75 años; 55,8 % → 55-65) que los jóvenes (16,7 % > 35 años).

Edad de jubilación

60 o antes	62	20,1 %
65	142	46,0
70	65	21,0
Después de 70	40	12,9

— Los más jóvenes indican una edad más temprana para la jubilación.

En el puesto de Capellán por:

Concurso oposición	15	4,6 %
Concurso méritos	10	3,1
Contrato administrativo	29	9,0
Contrato laboral	11	3,4
Designación Ordinario	23	71,6
Otras fórmulas	27	8,3

— Los que llevan más de 25 años son los que en menor proporción fueron designados por el Ordinario.
— El 70,2 % de los que llevan menos de 6 años fueron designados por el Ordinario.

Fórmula que se adapta mejor a las exigencias pastorales

Concurso oposición	15	4,8 %
Concurso méritos	25	7,9
Contrato administrativo	11	3,5
Contrato laboral	55	17,5
Designación Ordinario	177	56,2
Otras fórmulas	32	10,2

— Más de la mitad estima que la designación del Ordinario o del Superior Religioso es la fórmula que se adapta mejor a las exigencias de la Iglesia de hoy.
— Entre los más jóvenes nadie suscribe el concurso de méritos y el contrato administrativo.

Inamovilidad en el cargo beneficia «de hecho» la labor del Capellán

No, nada	33	12,0 %
Muy poco	57	20,7
Poco	66	24,0
Bastante	63	22,9
Mucho	35	12,7
Muchísimo	21	7,6

— Un 56,7 % estima que la inamovilidad favorece de hecho «nada, muy poco, poco» la labor del Capellán.
— La diferencia entre las edades es significativa 33,3 % entre los que tienen 65-75 años. 90,5 % entre los que tienen menos de 36.

Misión principal del Capellán

Sacramental	33	10,3 %
Espiritual	23	7,2
Espiritual y humana	264	82,5

— Para la mayoría, la ayuda humana y espiritual debe estar en el núcleo de la preocupación pastoral de todo Capellán.
— Lo hacen en mayor proporción los jóvenes (90,1 %) que los de edad más avanzada (78,1 %), los de grandes centros (95,2 %) que los de pequeños (78,1 %).

A quién dedicar principalmente la atención
(escoger 2 por importancia)

	(1)		(2)	
Enfermos	310	97,5 %	20	6,4 %
Familiares	4	1,3	61	19,6
Religiosas	4	1,3	81	26,0
Méd. y enfer.	0	0,0	114	36,5
Subalternos	0	0,0	36	11,5

(1) El enfermo, protagonista y razón de ser del Hospital, debe ser el objeto principal de la atención del Capellán (97,5 %).
(2) Los más jóvenes, los de grandes centros, los que dedican más tiempo, se inclinan por el personal médico y de enfermería.

Actividad a que dedica más tiempo

Visita enfermos	254	78,2 %
Sacramentos	22	6,8
Reuniones personal	10	3,1
Reuniones enfermos	25	7,7
Preparación trabajos	5	1,5
Acción cart. y social	9	2,8

— En la visita a los enfermos encuentra la mayoría el cauce principal para el ejercicio de su ministerio: Quizá por ser el medio más adecuado para ayudar espiritual y humanamente al enfermo.
— A los sacramentos:
Entre los de 65-75 → 10,9 %.
Entre los menores de 36 → 3,8 %

Trato con familiares del enfermo

No, nada	23	7,2 %
Muy poco	41	12,8
Poco	71	22,1
Bastante	126	39,3
Mucho	44	13,7
Muchísimo	16	5,8

— Un grupo bastante numeroso mantiene relación y trato con los familiares del enfermo.
— Se da más entre los de edad más avanzada.
— Se da menos entre los que llevan más tiempo de ejercicio y entre los que dedican menos tiempo.

Libre y fácil acceso a ministros de otras religiones para visitar sus fieles en el Hospital

No, nada	34	14,2 %
Muy poco	12	5,0
Poco	12	5,0
Bastante	71	29,6
Mucho	53	22,1
Muchísimo	58	24,2

— Por lo que se refleja en las respuestas, o no se da el caso de enfermos de otras religiones, o si hay no parece existir dificultad alguna para que sus pastores los visiten.

Necesidad del Estatuto Jurídico

No, nada	16	5,2 %
Muy poco	5	1,6
Poco	8	2,6
Bastante	48	15,6
Mucho	88	27,4
Muchísimo	146	47,6

— La opinión respecto a la necesidad del Estatuto es afirmativa 90,6 %.
— ¿Apunta a una situación de incomodidad?

Necesidad de una Comisión —dentro del Secretariado— de Capellanes

No, nada	16	5,8 %
Muy poco	5	1,7
Poco	13	4,5
Bastante	72	24,9
Mucho	103	35,6
Muchísimo	80	27,7

— La gran mayoría juzga necesaria la Comisión —dentro del Secretariado— que se ocupe de los Capellanes de Hospital para atender sus diversas y múltiples necesidades. ■

FRENTE AL MISTERIO DEL DOLOR

LA SALUD COMO UN BIEN

Entre los bienes humanos el más apreciado, y con razón, es el de la salud. Cuando esta se posee, —y se advierte cuando está en peligro o se ha perdido— todo lo demás no sólo es secundario, sino que parece sin ningún valor. Es difícil definir en que consiste la perfecta sanidad del cuerpo y de la mente. Su definición cambia según los diversos conceptos que se tienen de la naturaleza de la vida y de la muerte del hombre. Es evidente que la salud no puede consistir en un puro y simple bienestar físico-psíquico, ni en la capacidad de trabajo como revelación de plena eficacia física, y menos aún en la plena satisfacción de los instintos en el uso completo de los bienes materiales. De todas formas, nos valdremos de la definición contenida en el manifiesto de la OMS porque, siendo oficial, es ciertamente la más conocida y aceptada. La salud es «un estado completo de bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad o de invalidez». En esta definición se hace evidente la presencia del elemento social de la salud. En efecto, esta está unida, más de lo que parece, a las relaciones y a la interdependencia entre los pueblos, tan evidente en los fenómenos de incremento demográfico, de hambre endémica, de situaciones ambientales difíciles. Sin embargo, esta definición bastante completa y la más extendida del concepto general de la salud no parece suficiente. Recoge solamente la realidad objetiva del concepto de la salud y no evidencia el fin hacia el cual está orientada; la plena realización del hombre que la posee. La salud es un bien y como tal, pertenece al hombre y está a su servicio. Por esto, en la definición de la salud debe ser tenido en cuenta todo el hombre como persona en su vocación temporal y eterna. Solamente el hombre que puede dirigir en verdadera libertad todas las energías físicas, psíquicas y espirituales es el que vive auténticamente su salud.

Sin embargo, la salud no es un bien absoluto, por lo cual puede ocurrir que una persona, sin estar perfectamente sana, alcance la plenitud de su ser humano, mientras que otra, a pesar de hallarse en mejores condiciones, no llegue al mismo fin. La afirmación de que la salud es un bien auténtico es aceptable solo en la versión que ha sido formulada; por ello, como bien podemos gozarlo, debemos defenderlo de cualquier insidia y recuperarlo con todas nuestras fuerzas si peligra o se pierde. En efecto, unas condiciones normales psicofísicas y ambientales posibilitan una más fácil realización de si mismos. Las relaciones con Dios y con el prójimo, los compromisos relacionados con la vida social y la plena inserción en la realidad creada, se desarrollan mejor y más alegremente en las condiciones de bienestar físico y moral. Esta visión humana de la vida no sólo es conforme con la recta razón y las genuinas aspiraciones del corazón humano, sino que también responde plenamente a los principios de nuestra fe cristiana. He aquí porque la salud, además de ser gozada y deseada, puede ser también objeto de nuestra plegaria y de nuestra esperanza.

LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD Y EL MISTERIO DEL PECADO

Desde el principio, la salud ha sido atacada por la enfermedad y por la muerte. La presencia de estos dos males es tan constante y universal, tan inevitable y dramática, que constituye para todos los hombres un atormentador interrogante. Desde el hombre más simple a los más sabios pensadores y filósofos, se ha intentado dar una respuesta a esta pregunta. No vamos a adentrarnos ni en las respuestas, ni en los análisis más elaborados y complejos. En esta reflexión nos guiaremos por aquellas realidades de fe que son las únicas capaces de dar una respuesta satisfactoria, pero sobre

todo segura, porque está fundada en la verdad de Dios.

El hombre como a tal, o sea considerado desde un punto de vista biofísico, no puede estar exento de la enfermedad y de la muerte. Sin embargo, el estado de íntima comunión con Dios y una relación fraternal con los hombres en una naturaleza amiga y disponible, habrían hecho posible una vida seguramente distinta de la actual. La misma muerte habría sido un simple paso a una vida más llena, sin sentido dramático ligado a la incógnita de lo que nos espera y a la destrucción de la realidad corpórea. Más allá de cualquier disputa teológica sobre el pecado original y sus consecuencias, lo cierto es que el hombre no ha permanecido en el estado de gracia de su primer origen y que el pecado, separación de Dios Manantial de la vida, ha obrado un profundo y trágico cambio en la existencia del hombre y en la realidad cósmica. En la figura de la rama desgajada del tronco está la representación más viva del drama del pecado. La Faz escondida de Dios, tormento del Santo, motivo de rebelión del pecador y del descreimiento del ateo, no es una elección de Dios mismo, sino la consecuencia de una actividad voluntaria del hombre que vuelve la espalda a su Señor, hacia una realidad que, por muchas causas, ya no es reveladora de aquel rostro. El sentido trágico de la vida nace, ante todo, de la percepción de un Dios lejano, desinteresado por nuestra suerte, cuando no incluso enemigo y adversario. El sentido religioso individual pero sobre todo el testimonio universal de las varias formas de religiosidad fuera del ámbito hebraicocristiano, atestiguan de común acuerdo la presencia de un sentido de culpabilidad en las relaciones del hombre con la Divinidad. La Revelación dirá que esta culpabilidad es voluntaria y propia de la naturaleza humana, con una dimensión individual y social que se concreta en el pecado personal y en la suma de los pecados del mundo.

El hombre, en sus relaciones con sus semejantes, demuestra constantemente tanto a nivel individual como social, así como los pueblos entre ellos, lo difícil que resulta una convivencia orientada hacia la salud física y moral de los individuos y de las masas, y como a menudo, no sólo casualmente sino a propósito, las exigencias económicas, la superioridad de clase, el espíritu de dominio, son fuentes de miseria sin fin; desde las imprecisiones y la ineficiencia en las necesidades materiales y en las calamidades naturales hasta la injusta distribución de los recursos y de las materias primas; motivos todos de luchas, de atropellos, de matanzas y de guerras. También el abuso y la explotación irracional de los mismos seres puestos al servicio del hombre se convierten a menudo en un peligro mortal para la humanidad, transformando al mundo en un cúmulo de desechos, con las consecuencias que todos conocemos en los elementos del aire, del agua y de la tierra. La misma naturaleza se opone al hombre, haciéndosele ingrata y adversa y a menudo atentando contra su vida.

El hombre además halla en sí mismo una fuente de lucha y de sufrimiento que nace de la falta de una clara visión de la vida y del fin hacia donde está dirigida, de los seres que lo rodean y de su semejante, con quien no sólo está llamado a convivir sino sobre todo a realizarse. Constantemente tropieza con la realidad de no poder alcanzar lo que se proponía, de no poder superar llamadas exteriores y apremios interiores, por lo cual no cumple el bien que quisiera y a menudo es arrastrado por el mal que detesta. Es el drama del que habla el apóstol Pablo a los Romanos y del que solicita ser liberado: ¿Quién me liberará de este cuerpo destinado a la muerte? ¡Gracias sean dadas a Dios por medio de Jesucristo nuestro Señor! (Rom 7, 24b-25a).

Este drama encuentra su culminación en la muerte, que ya no es para el hombre, como lo era al principio, un puro hecho biológico, simple paso de un modo de ser a otro plenamente feliz y permanente. La muerte habría sido en adelante no solamente una espera pavorosa del final de la vida, sino una amenaza constante en todo el transcurso de la existencia. Este cuadro tenebroso y desconcertante, aunque no sea vivido en la actualidad del momento en toda la intensidad del contenido, no pierde por ello nada de su tragedia, llegando al colmo en la enfermedad y en la muerte. Estas dos realidades, una de las cuales es la preparación de la otra, se pueden denominar los estigmas más visibles y dolorosos del pecado.

Son inseparables de este y revelan constantemente su presencia y su capacidad destructiva, ayer como hoy. Querer separar al pecado del sufrimiento y de la muerte, o al revés, es como querer separar al efecto de su causa. Esta unión tan estrecha debe ser tenida en cuenta no sólo en la realidad del mundo decaído, sino también en la maravillosa recuperación obrada por la intervención de Dios Salvador. Estas afirmaciones, como es obvio, no tienen por sí nada que ver con la relación entre el pecado personal y la enfermedad aunque, en algunos casos, no sólo no está excluido sino está claramente demostrable. Sin embargo la raíz no es esta sino más remota, y se funda en aquel primer pecado que marcó al hombre en lo más profundo de su ser y que lo hace incapaz, sin la intervención de la gracia, de orientarse hacia Dios y de abrirse al prójimo en la realidad de su existencia histórica.

LA INTERVENCIÓN SALVADORA

Es posible que aquellos que no poseen el don de la fe no compartan este modo de ver, edificado sobre la Palabra reveladora. Pero no puede discutirse la dramática realidad de la vida diaria; es decir, la existencia del dolor, de la enfermedad y de la muerte. Frente a estos fenómenos las actitudes humanas son extremadamente distintas. Se va desde el límite de una visión infra-humana, cercana al mundo animal, hasta una

perspectiva iluminada por la fe que halla en el misterio pascual del Cristo muerto y resucitado la solución del drama en una visión de gloria. En la historia humana no faltan, desdichadamente, seres para los cuales el sufrimiento, la enfermedad y la muerte no dicen y no representan más que la suerte reservada a los animales, personas que ven su existencia como una pura y simple realidad biológica. Para otros, el hecho racional les conduce a una actitud fatalista o, por el contrario, de rebelión frente a fenómenos que les superan y a los cuales no saben responder. Entre estas posturas extremas se intercalan las más variadas expresiones intermedias, de resignación, de lucha, de intentos de superación, que hacen más digno del hombre su comportamiento. Esta variada gama de actitudes y de reacciones es bien conocida de todos los que han estado en contacto con situaciones de enfermedad, de vejez y de muerte. Estos distintos modos de proceder nacen de la dificultad de una lectura de estos misterios que la naturaleza humana no consigue por sí misma comprender, y menos aún superar. Sólo la fe es capaz de iluminarnos. La luz plena ha venido solamente de Cristo, el esperado por los pueblos y la respuesta última y definitiva de Dios a todos los problemas humanos. Su vida, realizada en la palabra y en la acción, en su ser es resolutiva de todos nuestros temores y angustias. Por eso, Él no se limitó a la palabra que consuela y el gesto que salva, sino que entró de lleno en el espacio más profundo del mal para poder combatir y vencer en el prodigioso duelo en el cual la Vida, muriendo, destruye a la muerte.

La insolubilidad del problema del dolor y de la muerte no requerirá por parte de Dios una explicación más clara, sino que una intervención trastornará la situación obrando un cambio radical. Y aquello que la mente humana no hubiera podido pensar y menos aún atreverse, fue obrado por el amor del Padre y a los Profetas y cumplida en Cristo, fue anunciada por el apóstol Pablo como destinada a todo el mundo pagano; o sea la intervención de la salvación obrada por la Encarnación, la muerte y la Resurrección del mismo Señor. Toda la vida de Cristo fue una constante lucha contra Satanás y el mal existente en el mundo, para realizar la plena liberación del hombre y de las demás realidades creadas que tuvieron por el Verbo principio, ser y vida. Así pues Cristo obró en la profundidad misteriosa del pecado y de la muerte actuando así íntimamente con una acción de expulsión de todo germen de negatividad y de mal para dejar espacio a una nueva creación divina. En su lucha contra el pecado, Él no podía además dejar de actuar también sobre sus manifestaciones más evidentes y sus consecuencias: el dolor, la enfermedad y la muerte. El proceder de Cristo fue siempre de lucha abierta y generosa; las maravillosas intervenciones de su potencia taumatúrgica sobre las enfermedades y sobre las invasiones diabólicas, aunque posean un sentido apologético (demostrativo de su autenticidad de hijo de Dios y signo de su misión redentora) tiende ante todo a actuar su misión de salvador respecto al pecado y sus consecuencias. También la última batalla contra la muerte va dirigida al mismo fin; muriendo ha destruido al pecado y resucitando nos ha devuelto la vida.

LA ACCIÓN CARITATIVA DE LA IGLESIA

Cristo llamó a los apóstoles a participar en su misión; estos la cumplieron mientras Él estuvo con ellos y la continuaron después de su Resurrección en cumplimiento de su mandato: «Id por todo el mundo y predicad el Evangelio a todos los hombres... estos serán los signos que acompañarán a los que creen: en mi nombre echarán a los demonios... impondrán las manos a los enfermos y estos se curarán» (Mc. 16, 16-18).

Los actos de los apóstoles confirman cómo la Iglesia primitiva realizó la tarea que le fue asignada.

A lo largo del paso de los siglos, desde los tiempos apostólicos hasta nuestros días, la Iglesia ha continuado de varias maneras y con obras más o menos importantes, la asistencia y la beneficencia al peregrino, al pobre y al enfermo. Sobre todo para este último la Iglesia ha sido la inspiradora y la realizadora de obras imponentes, no solamente destinadas al albergue y a la asistencia del enfermo, sino a su verdadera y propia curación. El hospital moderno nació de estas iniciativas de la Iglesia y se vale aún de muchas de sus estructuras, aunque se haya desarrollado con la aportación de otras fuerzas no siempre inspiradas en la Iglesia. Para la obra de asistencia, el Espíritu Santo ha suscitado en el seno de la comunidad cristiana hombres e instituciones que, desde el principio hasta hoy, han testimoniado el amor de la misma hacia los débiles y los que sufren. Este tipo de compromiso eclesial basado en el Evangelio tiene ciertamente unas constantes que han animado su acción. Yo pienso que casi toda la acción caritativa ha estado inspirada por la promesa evangélica: «Cada vez que hagáis estas cosas a uno solo de estos hermanos míos más pequeños, lo habréis hecho a mí» (Mt. 25, 40). «Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber; era forastero y me visitasteis, desnudo y me vestistesis, encarcelado y vinisteis a visitarme» (Mt. 25, 35). Esta orientación constante se fundaba en la visión de Cristo, que recompensaba la acogida recibida bajo el aspecto del pobre, del peregrino y del enfermo con la entrada en la casa del Padre. La catalogación de las obras de misericordia corporales y espirituales revierte a la otra constante la del mérito, para obtener tesoros que el ladrón no roba y la polilla no destruye.

Además la acción apostólica dirigida a la salvación del alma del enfermo, sobre todo en el momento de su muerte, ha sido una potente palanca que ha sostenido el compromiso asistencial. Estas líneas inspiradoras que

sobre todo han guiado al pensamiento y al corazón de los que asistían al enfermo, aun siendo verdaderas y ricas en contenido, no exponen sin embargo plenamente toda la riqueza de aquel misterio pascual del cual hemos hablado anteriormente.

UN LARGO CAMINO

Los ideales que animaron a los operadores de la caridad de la Iglesia no podían ser iguales al sentir del enfermo que vivía una situación bien distinta. Situación creada por las realidades de la enfermedad, siempre condicionante, y por acercamiento al misterio cristiano del modo más vario y personal. Si, para el que le atendía, la enfermedad podía representar un valor y el enfermo podía ser considerado casi como un elegido de Dios, esta perspectiva era mucho más difícil que fuera aceptada por el mismo interesado. Este modo de interpretar a la enfermedad y al enfermo, por otra parte, sólo era posible en un período histórico en el cual los conceptos filosóficos y las exaltaciones espirituales no daban suficiente valor al ámbito social, a los valores humanos y a las realidades terrestres. Así pues la actitud fundamentalmente propuesta al enfermo era la resignación para no desembocar en la rebelión. Un peldaño más alto era la aceptación perfeccionada por la oferta y en los casos más elevados de espiritualidad se llegaba hasta la petición explícita del dolor y del sufrimiento. Es claro que esta visión tiene contenidos válidos, pero no es sino una perspectiva parcial del problema del dolor y del sentido de la enfermedad y de la muerte. La orientación ascética de que hemos hablado estaba confirmada por algunos elementos teológicos de la visión de la vida: la explicación del propio pecado, la condición más favorable para no pecar al estar más lejanos de las llamadas y de los atractivos del siglo, la expiación de los pecados del mundo hasta el ofrecimiento de víctima como imitación y participación en la vida de Cristo, ofrecida para la salvación del mundo y a gloria del Padre. Esta visión teológica conducía a dos indicaciones distintas, una para el enfermo y otra para el que le atendía. Este último requería una preparación hecha de aptitud, de eficiencia, de servicio comprometido y responsable, con el empleo de los medios más adecuados para conseguir la mejora y la recuperación de la salud. Para el otro, en cambio, había sobre todo la llamada a aceptar y a soportar el mal, que representaba su único compromiso. Esto, mientras simplificaba la vida del enfermo, privado de elegir como el sano, la hacía al propio tiempo particularmente rica y espiritualmente privilegiada por los motivos teológicos antes mencionados. También se ha hablado y se ha escrito abundantemente sobre la existencia de un particular *estado de enfermedad* confrontado con el estado de la vida religiosa y se ha hablado de un *apostolado del sufrimiento.*

Esta visión parcial ha sido en parte revisada y completada por una evaluación diversa, por el redescubrimiento de toda una serie de valores referentes al hombre en su realidad psico-física y en su inserción en la vida familiar y social. En efecto, el hombre está llamado, en cualquier condición de vida, a obrar en este mundo para hacerlo más humano y más digno de Dios, con una lucha constante contra todo mal físico y moral, individual y social, contra todo condicionamiento que impida la plena realización de la persona, en un continuo esfuerzo para hacer actual, aunque no sea completo, aquel Reino de Dios que está guiado hacia la vida y la alegría plena.

El Concilio ha captado estos valores y ha hecho de esta lucha contra toda forma de mal la manifestación concreta de la salvación en acción obrada por Cristo por medio de su Iglesia. Esta nueva visión llama *enfermedad* a la enfermedad, *mal* al mal, *muerte* a la muerte, realidades pues que no son valores, y que por lo tanto son rechazadas, no en una actitud de rebelión sino al contrario, partiendo de esta (modo de proceder típico de nuestro tiempo) pretende descubrir su sentido y orientarla en su perspectiva humana y cristiana más completa.

La admisión de que la enfermedad es un mal provoca necesariamente la lucha contra ella, lucha que no se dirige solamente hacia la realidad física herida, sino hacia todo aquel mundo de valores que la enfermedad oscurece, coarta, impide y a veces incluso apaga. En esta lucha están llamadas a participar las distintas ciencias biológicas, los recursos químicos, las aptitudes técnicas y deben contribuir a ella las estructuras y los médicos más importantes, tanto en el campo de la investigación como en las posibilidades del uso de los descubrimientos. Pero sobre todo son llamados todos, del enfermo a la familia y a los operadores de la sanidad, a crear un mundo extremadamente sensible y responsablemente activo para cada miembro enfermo, considerado como objeto de atención de toda la sociedad. Esta perspectiva no se funda solamente en un humanismo puro y simple, porque en lo verdaderamente humano está siempre oculto el misterio de Dios y sobre todo la presencia misteriosa y operante del Hombre-Dios, convertido por vocación eterna en fermento permanente de salvación, colocado en el seno de la realidad humana y cósmica. Cada crecimiento verdadero del hombre es siempre revelación de Cristo Salvador Universal, aunque esta no sea percibida claramente y oficialmente etiquetada.

EN CRISTO JESÚS

Las relaciones del hombre bautizado con Cristo Salvador tienen un carácter antológico, es decir tocan al ser íntimo del hombre. El hijo de Dios al adoptar la naturaleza humana se pone en comunicación físico-

mística con el hombre; su Cuerpo no es un elemento de separación sino de conjunción, precisamente con el cuerpo entró en el espacio de la humanidad y fue como uno de nosotros. Es con este cuerpo como Él pudo vivir plenamente su dependencia con el Padre y al mismo tiempo entrar en plena solidaridad con los hombres. El proceder del hijo de Dios hecho hombre se concreta con esta nueva relación con el Padre y con la humanidad. Como dice el apóstol Pablo: «Él, aun siendo de naturaleza divina, no consideró un tesoro celoso su igualdad con Dios; pero se desnudó, adoptando la condición de siervo y haciéndose igual a los hombres; apareciendo en forma humana, se humilló haciéndose obediente hasta la muerte y a la muerte de cruz» (Fil. 2, 6-8).

Esta dependencia del Padre es totalmente voluntaria y se expresó en un dócil y total abandono en las manos del Padre «como cordero conducido al matadero y como oveja muda frente a sus esquiladores» (Is. 53, 7) disposición que alcanza su cumbre en el calvario cuando «gritando a grandes voces dijo: Padre en tus manos entrego mi espíritu» (Luc. 23, 46). Solidario con la humanidad, Él «ofrecerá a sí mismo en expiación... por su mediación se cumplirá la voluntad del Señor» (Is. 53, 10). Así Cristo se constituyó en el principio de una humanidad nueva, el nuevo Adán, y de Él se originará la descendencia profetizada por Isaías. Y es bajo esta luz como debe ser vista toda la vida del Señor y de un modo particular su sufrimiento físico y moral, todo dirigido a la superación del mal, de la enfermedad y de la muerte, típica herencia de la descendencia del primer Adán. La adhesión de Cristo a la voluntad del Padre está fundada en la aceptación de la verdad total y del servicio en una actitud de confiado amor hacia Aquel que, aunque Creador, fue desde el principio el verdadero Padre de la humanidad. La plena recuperación de estos valores que son el fundamento del ser del hombre y reunir a los hermanos separados del Padre Fuente de vida, fue el esfuerzo enorme y la lucha misteriosa, a menudo incomprensible para nosotros, de Cristo, que le llevó hasta la muerte de cruz. Es precisamente por la adopción oblativa de este sufrimiento físico y moral, realidad propia del hombre pecador, como se realiza de manera desconcertante, incluso escandalosa según la llama san Pablo, el misterio de la Redención.

El hombre es llamado a participar en él a través de la fe y del don del Bautismo. Por este nos comunicamos con la muerte de Cristo, muriendo para el pecado y resucitando con Él nos convertimos en un nuevo ser. Un nuevo ser que deberá vivir todas las exigencias del misterio pascual. El signo de la cruz trazado en la frente del Bautizado es la investidura para la lucha y el inicio al seguimiento de Cristo. Seguir a Cristo es una realidad intrínseca derivada de ese modo de pertenecerle que es propio del ser bautizado.

La consagración al combate contra el mal no es para el nuevo hijo de Dios una simple elección humana, sino un compromiso que se deriva de una nueva estructuración interior que, haciéndole capaz de luchar, lo hace al propio tiempo partícipe de la fuerza victoriosa de Cristo Resucitado. El antagonismo entre el mundo de la carne y el del espíritu, según la expresión de san Pablo, toma aquí su radicalidad y su universalidad. Es la típica incomunicabilidad de las tinieblas con la luz, de la muerte con la vida.

Sin embargo, este misterio de salvación obrado por el bautismo es continuamente amenazado por el Enemigo de Dios y por las tendencias al mal qe permanecen en nosotros. De ahí nuestras, por desgracia, frecuentes caídas. Por efecto de la intervención de Cristo Salvador que ofrece en el Sacramento de la reconciliación el don constante de la Redención podremos reanudar la relación con Dios.

Bautismo y reconciliación obran conjuntamente sobre el misterio del pecado, que es llamado en teología «materia circa quam», o sea materia que no constituye Sacramento, sino materia alrededor de la cual el Sacramento actúa para producir la renovación y la reconciliación del catecúmeno o pecador con Dios. Esta materia, siempre presupuesta para que los dos Sacramentos puedan ser válidamente impartidos y por consiguiente actuar, es no obstante un no-valor, mejor dicho la negación de todo valor, y sin embargo sobre la realidad el Sacramento obra concretamente, de modo eficaz y maravilloso, el misterio de Cristo muerto y resucitado, rechazando toda la negatividad para comunicar una nueva plenitud de vida.

El hombre a su vez es llamado a colaborar, actuando sobre el pecado con un empeño de conversión que lo hace disponible a la acción sacramental. El pecado debe ser combatido por el dolor, que es reniego del acto cometido, deseo sincero de eliminarlo, voluntad eficaz de no volver a cometerlo, apertura a un nuevo impulso de la vida, que alcanzará su perfección por la acción salvadora en la que Cristo obra por el ministerio de la Iglesia.

Es importante subrayar que toda intervención de Cristo, por la acción sacramental, no es solamente liberación y renovación, sino también recobramiento de la confianza en la vda y nuevo impulso hacia los hermanos y la realidad en la que actuamos. Y precisamente en los momentos más cruciales de la vida, Su Presencia y Su Acción se convierten en motivos de esperanza nueva también para el cuerpo gravemente herido o debilitado.

Con la Unción de los enfermos, Él transmite confianza en el bien de la vida presente y comunica, en todo caso, una fuerza de superación, capaz de tender con certidumbre de fe el bien último que es la participación en la gloria de Cristo Resucitado. Esta nueva vida que es totalmente otra cosa, no es sin embargo contraria a la realidad presente, porque a ella debe estar orientado, como última meta y plenitud total.

PARA TERMINAR

La obra de Cristo se prolonga en el misterio de la Iglesia que continúa de hecho su presenca y su acción hasta el día de su Retorno.

El cristiano, insertado en el Cuerpo Místico, no sólo es consciente de esta verdad, sino que sabe que su inserción es vital. Por ello la visión del pecado, de la enfermedad y de la muerte debe ser comprendida y vivida bajo este aspecto. Para quien atiende al enfermo y para quien experimenta en su carne el peso del sufrimiento no deberían existir diferencias de perspectiva de evaluación del misterio del dolor, aunque bajo distintos aspectos. Por otra parte, el mal no es sólo prerrogativa de unos cuantos, sino que, como la muerte, es herencia de todos. En efecto los papeles del enfermo y el del enfermero no se alteran a menudo y el hospital o la propia casa no está solamente destinado a acoger el sufrimiento de algunos, sino antes o después el de todos. Este modo de ver la realidad, al mismo tiempo que nos hace comprender en lo que consiste la verdadera solidaridad humana, también nos demuestra que la solución del problema va más allá de las posibilidades y los recursos del hombre y reclama continuamente la intervención de Cristo, único salvador. La participación del que cuida al enfermo será verdadera y plena solamente a condición de que esté constantemente iluminada por el misterio pascual en su totalidad.

Así no se conseguirán actitudes casi contrapuestas que, mientras solicitan la acción activa y empeñada de cuantos trabajan por la salud, ponen al enfermo en la condición pasiva de resignación o en la situación exaltada de demanda. Por otra parte, la visión superficial de que la enfermedad crea condicienes favorables para la afirmación de valores espirituales o de que el enfermo pueda ser víctima expiatoria para los hermanos, está verdaderamente lejos de una perspectiva cristiana que no ha visto nunca, ni siquiera en el simple y puro sacrificio de Cristo, la fuerza de la Redención. Colocar al enfermo y a sus cuidadores en un mismo nivel de lucha y de búsqueda del bien total del enfermo puede ser y de hecho lo es, la más auténtica participación en la vida de ese hermano. Además la actividad enfermera-sanitaria conducida con este espíritu y orientada hacia esta meta hace más fácil para la persona consagrada la superación del contraste entre la vida contemplativa y la vida activa. Asistir y cuidar al enfermo en la luz plena del misterio pascual conduce a un tipo de servicio que nace de la contemplación y se desarrolla en la acción en una única postura de amor. En efecto, la enfermedad es vista como realidad unida al pecado y por consiguiente al misterio de la Redención. Así como Cristo se enfrentó a estas dos realidades, aquel que es llamado a seguirlo debe comportarse de la misma manera para ser, a su vez médico del cuerpo y del espíritu.

No se cómo pueden avenirse con estas dos perspectivas las dificultades del momento presente, que parecen hacer replegarse a las Instituciones Femeninas hacia obras más directas de apostolado. El número cada día más reducido de las personas consagradas, que no puede dejar de entristecer y al propio tiempo comprometer a una renovación, no debe sin embargo desanimar. El tipo de presencia que hoy se está buscando continuamente, quizás no es tan nuevo como parece, pues bastaría descubrirlo refiriéndose a la Iglesia primitiva, que tan eficazmente transmitió al mundo de entonces la liberación obrada por Cristo por el pecado, la enfermedad y la muerte.

P. A. RUTILI, M. I.

Traducido por ALICIA FRANICEVICH

EL ABORTO, tema de siempre

El próximo número de «Labor Hospitalaria», estará dedicado al aborto.

Si le interesa conseguir ejemplares de este número especial, pídalos a:

LABOR HOSPITALARIA
Hermanos de san Juan de Dios
Carretera Esplugas
BARCELONA 17

Temas de divulgación hospitalaria

Tlalpan. México

EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA «SAN RAFAEL»

INTRODUCCION

La relación sobre el primer año de actividad del Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael la consideramos de tal importancia que nos ha parecido útil prologarla con estas breves líneas portadoras de la opinión que, desde el punto de vista de la Orden Hospitalaria, mantenemos en cuanto al presente y futuro de la asistencia psiquiátrica.

Estamos viviendo en estos momentos el desmantelamiento teórico de lo que ha sido a través de los últimos decenios la asistencia psiquiátrica en los Sanatorios, para acceder a una hipertrofia de la asistencia domiciliaria y ambulatoria en la que, tanto la familia como la sociedad en general, se responsabilicen y participen más en la terapéutica integral del enfermo mental.

Y digo que es un desmantelamiento teórico, porque todavía en el terreno práctico los Sanatorios existen, el enfermo mental no está equiparado al somático en cuanto a derechos y medios de tratamiento y mientras esta discriminación se de, es utópico creer que la psiquiatría o la antipsiquiatría van a mejorar sus estadísticas de curaciones o de reinserciones sociales de los enfermos.

La asistencia psiquiátrica depende en parte de la actitud de los Psiquíatras y de los Enfermeros psiquiátricos, pero en tanto la sociedad no venza una serie de resistencias para aceptar la parte de responsabilidad que le corresponde en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales, la solución lo será sólo a medias. Y también será incompleta si desde el punto de vista político se intenta dar otro sesgo a la asistencia. Las resistencias están a un nivel mucho más profundo, como para pensar que solamente dando entrada a una serie de variables, el problema en conjunto va a variar, y mucho menos cuando estas variables también se imponen desde fuera, como puede suceder cuando es un sistema político-social el que marca la pauta del tratamiento.

Creemos que la pauta asistencial de los enfermos mentales debe cambiar y debe cambiar profundamente, pero no por decisión exclusiva de un grupo de presión: llámense antipsiquíatras, conductistas, psicoanalistas; su influencia debe orientarse de forma paulatina hacia la sociedad en general e informarla y formarla sin intencionalidades ajenas a la psiquiatría, en su verdadero papel en el tratamiento y asistencia del enfermo mental.

Esto es lo que creemos ha afrontado con valentía el Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael, de la capital de México, de Tlalpan concretamente.

Aunando esfuerzos, como bien describe el Director del mismo Dr. Calderón, ha conseguido una plantilla de alrededor de 40 personas dedicadas a la labor de higiene mental y psiquiatría preventiva orientada a la sociedad de forma que toda ella se está sensibilizando y colaborando en una labor que comportará años de trabajo, pero que, en definitiva repercutirá en bien de la propia sociedad.

Es cierto que en la experiencia de Tlalpan concurren factores que no se dan en otros lugares. El Dr. Calderón, por su categoría profesional y por su paso por un cargo oficial como el de Director de Salud Mental, ha podido ahora utilizar unos resortes importantes a nivel oficial como son la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ministerio de Sanidad Mexicano) y las Universidades de la capital, y a nivel privado ha interesado en el programa a la Clínica San Rafael de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, en la que viene colaborando desde hace muchos años.

Las tres entidades desde su punto de vista particular han aunado sus esfuerzos y, a través de un coordinador, han conseguido unos objetivos comunes que ya empiezan a lograrse en el poco tiempo de vida que lleva el Centro.

Otro factor importante en el caso de este Centro de Salud Mental Comunitaria es su radicación en la Delegación de Tlalpan, enclavada en el Distrito Federal de México, pero con un área definida que comprende unas 200 000 habitantes y en la que radican la mayoría de los centros sanitarios importantes del país: Hospital Nacional de Cardiología, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Al-

varez, Hospital de Neurología, Hospital de Nutrición, Hospital Infantil I.M.A.N., varias Clínicas Psiquiátricas entre las que se encuentra la de San Rafael, etc. Y todo ello ha contribuido a que la colaboración de todos sea más efectiva, y a que el clima de búsqueda de una nueva asistencia psiquiátrica se comparta entre el personal sanitario y la sociedad en general.

Prueba de todas estas excelencias es el que la Organización Mundial de la Salud haya encomendado al Centro de Salud Mental Comunitaria el estudio de las actitudes frente al alcoholismo que se está llevando a cabo en tres países simultáneamente, uno de los cuales es México.

Sobre la forma concreta en que el Centro trabaja, nos informa el propio Dr. Calderón a través de las siguientes líneas.

Creo que, con ligeras variantes, todas estas ideas y realizaciones son válidas para España, aunque hay que reconocer que se precisa una mentalización a muchos niveles.

Dr. RAMON FERRERO, O. H.

ORGANIZACION Y PRIMER AÑO DE ACTIVIDADES

El día 28 de octubre de 1974 abrió sus puertas el Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael, que ubicado en la delegación del mismo nombre debería cubrir una área de 309,29 km^2, con una población de 180.000 habitantes distribuidos en una zona urbana y otra rural, situación que desde un principio se consideró muy favorable para la realización en su oportunidad de estudios de investigación, que junto con el servicio de la docencia se consideraron los motivos básicos de su existencia.

Estructurado desde su planeación como un servicio *piloto* que trataría de lograr una serie de actividades en pro de la salud mental dentro de la comunidad en que está situado, sin contar con un presupuesto fijo para su sostenimiento, sino sólo tratando de lograr la coordinación de todos los elementos ya existentes en la zona, así como la incorporación al programa, de personas e instituciones para las cuales se preparó y ha venido desarrollándose un sistema promocional cuyos frutos empiezan ya a ser apreciados.

El presente reporte señala las dificultades que tuvieron que sortearse durante los primeros meses, y el año de actividades a que se refiere, abarca del 1 de junio de 1975, al 31 de mayo de 1976. El mecanismo operacional, muy difícil en sus inicios por carecer de presupuesto, pero estimulante al final de los logros realizados, consideramos que puede ser una aportación para países que como México, carecen de los recursos humanos y económicos necesarios para poner en marcha un programa comunitario de salud mental.

La idea básica fue lograr la colaboración de tres grandes sectores en el logro de nuestras metas:

La iniciativa privada, las instituciones oficiales y los establecimientos educativos de enseñanza profesional.

La Clínica San Rafael, hospital psiquiátrico privado, de los hermanos hospitalarios de san Juan de Dios, ubicado en la Delegación de Tlalpan, respondió en forma generosa a nuestra llamada, proporcionándonos debidamente remodelada una planta completa de uno de sus edificios que cuenta con los siguientes servicios: dirección, sala de juntas, hospital de día, 8 consultorios, 2 salas de espera, archivo, cuarto de tratamiento, 2 aulas y servicios sanitarios, quedando en disponibilidad un espacio en donde podrá instalarse más adelante un gabinete de electroencefalografía. El local además de ser amplio y funcional tiene una presentación muy agradable y fue totalmente amueblado y equipado por el hospital.

Dentro de las instituciones oficiales, la Dirección de Salud Mental de la S. S., por derecho propio, fue la primera en responder a nuestra llamada y gracias a la inapreciable ayuda del doctor Rafael Velasco Fernández, titular de la misma, se nos proporcionó la primera planta de personal comisionada para trabajar en la Comunidad, siendo consideradas nuestras actividades desde un principio como el programa *piloto* de la misma dependencia.

Este primer equipo estuvo constituido por un psiquíatra, dos residentes de cuarto año de psiquiatría, una psicóloga, dos empleados de intendencia y un chófer; al mismo tiempo se nos proporcionó un pequeño vehículo oficial, para facilitar el traslado de los técnicos al seno mismo de la Comunidad. Poco tiempo después, la Clínica San Rafael, a su vez incluyó dentro de sus nóminas el pago de otro psiquíatra y una licenciada en trabajo social, para laborar durante toda su jornada en el centro, constituyéndose de esta forma el núcleo inicial que tendría la tarea de poner en marcha un programa, cuya magnitud no imaginábamos al iniciar nuestras tareas.

A fin de lograr la colaboración de las instituciones educativas de enseñanza profesional, se organizó un curso de Salud Mental Comunitaria, que con una asistencia promedio de 80 personas se desarrolló en el auditorio de la clínica, y al cual asistieron representantes, especialmente invitados, de las principales instituciones que consideramos podrían interesarse en el programa.

Los resultados positivos no se hicieron esperar, ya que en poco tiempo logramos que el departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México, aceptara a la Clínica San Rafael y al centro comunitario anexo, como hospital escuela reconocido y aprobado para que los alumnos de sus cursos de especialización en psiquiatría, realizaran durante 2 años sus prácticas en él, lo cual nos permitió contar con 4 médicos más.

La Facultad de Psicología de la misma Universidad, ubicó en nuestro centro las prácticas de su curso de

Psicología Clínica, y las universidades privadas, Iberoamericana y Anahuac, autorizaron a nuestra institución para que sus alumnos pudieran desarrollar en ella su Servicio Social. La Escuela de Trabajo Social, a nivel de Licenciatura, está realizando igualmente sus prácticas en nuestro centro.

Es preciso hacer mención especial de las Escuelas de Enfermería que desde antes de contar con un local adecuado iniciaron sus actividades en la comunidad y que fueron en orden cronológico los del Hospital Español, Instituto Nacional de Cardiología, Hospital ABC, Instituto Nacional de Nutrición, Guadalupe, Departamento del Distrito Federal, Licenciatura en Enfermería de la UNAM, Politécnico, ISSSTE y Cruz Roja Mexicana, su labor ha sido verdaderamente inapreciable para el centro ya que han llevado sus programas a toda la Delegación incluyendo pueblos remotos, con un entusismo y una dedicación dignos de todos los elogios.

A partir del presente año la Dirección de Salud Mental nos comisionó dos psiquíatras con experiencia en psicoterapia, con los cuales hemos organizado por las tardes cursos de psicoterapia-breve y supervisión, a los cuales asisten con toda regularidad más de 20 médicos, que tienen que pagar su entrenamiento no con dinero, sino con trabajo en la unidad, esta situación nos permitió abrir la consulta por las tardes y al mismo tiempo proporcionar servicios de psicoterapia individual mediante modestas cuotas de recuperación.

La incorporación de nuevos elementos nos ha permitido establecer un servicio de neurología, que tiene a su cargo el programa comunitario sobre epilepsia, una unidad de psiquiatría infantil y un departamento que está iniciando un programa en relación con problemas de salud mental en el área laboral.

Debido a la adecuada coordinación y trabajo en equipo de nuestro centro, ha sido seleccionado por el delegado de Tlalpan para realizar la elaboración y aplicación del Programa de Psiquiatría Comunitaria de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, en coordinación con las 21 secciones que deberán trabajar en esta entidad.

El éxito alcanzado en esta primera tarea motivó que igualmente se nos encargara el Programa de Asistencia Médica y Social del adolescente.

Habiéndose iniciado el registro y control de todas las tareas efectuadas en junio de 1975, al cumplirse un año las actividades realizadas puede resumirse en los siguientes puntos:

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO JUNIO 1975 A MAYO 1976

Promocionales

1 *Programa de pláticas*
- Número total de pláticas 151
- Número total de asistentes 8203

1.1 Problemas de conducta y aprendizaje D. C. M. y objetivos del programa.
- 1.1.1 Número de pláticas 62
- 1.1.2 Número de asistentes 3218

1.2 Orientación sexual y objetivos del programa
- 1.2.1 Número de pláticas 21
- 1.2.2 Número de asistentes 1622

1.3 Relaciones humanas y objetivos del programa.
- 1.3.1 Número de pláticas 29
- 1.3.2 Número de asistentes 1016

1.4 Farmacodependencia (padres de familia) y objetivos del programa.
- 1.4.1 Número de pláticas 10
- 1.4.2 Número de asistentes 1005

1.5 Adolescencia y objetivos del programa.
- 1.5.1 Número de pláticas 18
- 1.5.2 Número de asistentes 873

1.6 Otros temas y objetivos del programa.
- 1.6.1 Número de pláticas 5
- 1.6.2 Número de asistentes 259

1.7 Alcoholismo y objetivos del programa.
- 1.7.1 Número de pláticas 3
- 1.7.2 Número de asistentes 149

1.8 Objetivos del programa (a autoridades de las distintas comunidades).
- 1.8.1 Número de pláticas 3
- 1.8.2 Número de asistentes 61

2 *Coordinación*

2.1 Instituciones educativas.
- 2.1.1 Número de jardines de niños en la zona 20
  - 2.1.1.1 Número de jardines de niños coordinados 15
- 2.1.2 Número de escuelas primarias en la zona 49
  - 2.1.2.1 Número de escuelas primarias coordinadas 43
- 2.1.3 Número de escuelas secundarias en la zona 7
  - 2.1.3.1 Número de escuelas secundarias coordinadas 7
- 2.1.4 Número de otras instituciones educativas 7
  - 2.1.4.1 Número de otras instituciones coordinadas 6

2.2 Instituciones aspecto de salud.
- 2.2.1 Comité de salud. Delegación Tlalpan.
  - 2.2.1.1 Coordinación con 35 representantes de las distintas instituciones de salud.
- 2.2.2 Promotores de salud.
  - 2.2.2.1 Coordinación con 13 representantes.

2.3 Asociación de colonos.
- 2.3.1 Número de colonias en la zona 28
  - 2.3.1.1 Número de colonias coordinadas 21
- 2.3.2 Número de unidades habitacionales 4
  - 2.3.2.1 Número de unidades coordinadas 4
- 2.3.3 Número de pueblos en la zona 11

2.3.3.1	Número de pueblos coordinados	11
2.3.4	Número de barrios en la zona	6
2.3.4.1	Número de barrios coordinados	6
2.4	Representantes eclesiásticos.	
2.4.1	Número de templos en la zona	7
2.4.1.1	Número de templos coordinados	6

ASISTENCIALES

1	*Atención médica*	
1.1	Número del total de pacientes atendidos	1423
1.1.1	Consulta psiquiátrica individual.	
1.1.2	Psicoterapia individual.	
1.1.3	Psicoterapia de grupo.	
2	*Atención psicológica*	
2.1	Número de pacientes a quien se les aplicó estudios	337
3	*Atención de trabajo social*	
3.1	Número de visitas domiciliarias	190
3.1.1	Para estudios integrales	17
3.1.2	Para la detección de posibles casos	142
3.1.3	En pacientes que han interrumpido su tratamiento	31
3.2	Número de entrevistas para la aplicación de cuotas de recuperación	423
3.3	Número de estudios integrales	12
3.4	Número de casos canalizados a otras instituciones	30
4	*Coordinación con el grupo de alcohólicos anónimos*	
4.1	Este grupo cuenta con dos sesiones semanales.	

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

1	*Número de sesiones clínicas*	40
2	*Número de sesiones bibliográficas*	42
3	*Curso de supervisión clínica y control de psicoterapia.* (Este curso ocupa cuarenta horas semanales.)	
4	*Asesoramiento y docencia a grupos de:*	
4.1	Estudiantes de Medicina.	
4.2	Estudiantes de Trabajo Social.	
4.3	Estudiantes de Enfermería.	
4.4	Estudiantes de Psicología.	
5	*Curso de salud mental comunitaria.*	

En febrero de 1976, la señora Joyce Moser, científica de la oficina de salud mental, de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, escribió una carta manifestando que las actividades del centro le parecían extraordinariamente interesantes por realizar el tipo de actividades que ellos trataban de estimular, y preguntando al mismo tiempo si estaríamos interesados en participar en un programa que la propia oficina pensaba desarrollar a nivel mundial sobre problemas relacionados con la ingestión de alcohol.

Una respuesta positiva nuestra, motivó una visita persnal de su parte, para comprobar si el centro podría llenar los requisitos necesarios para dicho estudio, que por supuesto tendríamos que realizar en coordinación con la secretaría de Salubridad y Asistencia, las universidades y los otros organismos que ya estaban involucrados en el programa.

Su opinión sobre nuestras actividades las transcribimos en alguno de los párrafos que escribió en el libro de visitantes distinguidos.

> «En esta visita al Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael, me llevo la impresión, de que éste es el modelo para la atención de los problemas de Salud Mental en el futuro.»

Con gran satisfacción se nos informó posteriormente que habíamos llenado los requisitos para participar en la investigación que durante 3 años se desarrollaría en Escocia, Zambia y México, en cuanto se realizaran todos los trámites, internacionales que una investigación de esta naturaleza ameritaba, e invitándonos a asistir a la primera reunión del grupo de trabajo sobre respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol, que se efectuó del 20 al 24 de septiembre pasado en Ginebra y en el cual participaron representantes de Escocia, Zambia, Dinamarca, Tanzania y México, así como un grupo muy importante de asesores bajo la presidencia del doctor Edward Griffith de la Gran Bretaña y todo el personal de la oficina de salud mental de la OMS.

Todos los trabajos preliminares se están realizando y se han efectuado los trámites necesarios para poder efectuar un trabajo con la seriedad que esta organización internacional exige, entre otros logros mencionaremos la participación del Instituto Nacional de la Nutrición en el estudio de los problemas hepáticos, la de la Universidad Metropolitana, con su Departamento de Sociología, y la de la Escuela de Salud Pública para asesorar y colaborar en los estudios epidemiológicos.

Finalmente, como un resultado del informe de la señora Moser, el doctor Thomas Lambo, director general adjunto de la OMS, en su reciente visita a México, participó una mañana entera en una jornada de trabajo con todo el personal del centro, dejándonos por escrito su opinión sobre nuestras actividades en la siguiente forma:

> «Hoy he sido testigo de uno de esos servicios estimulantes, prácticos y valiosos para la comunidad, manejado por personas que están enteradas e interesadas en la necesidad de diseñar un nuevo enfoque en el problema de otorgar una atención primaria en el campo de la salud mental a la comunidad.
>
> Estudios operacionales de esta naturaleza nos

darán la información válida y científica para ayudarnos a establecer un trabajo más realista en el campo de la salud mental comunitaria para el futuro.»

RESUMEN

En el presente artículo se describe el mecanismo de coordinación entre la iniciativa privada, las instituciones oficiales y los establecimientos educativos de enseñanza profesional, que ha sido preciso establecer a fin de poner en funcionamiento el Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael, con el objeto de brindar un servicio efectivo a la comunidad, constituyéndose además en un centro de docencia e investigación dentro de este nuevo campo tan interesante de la psiquiatría social, todo ello sin contar con un presupuesto fijo para su sostenimiento.

Las actividades realizadas abarcan el año comprendido entre el primero de junio de 1975, fecha en que realmente se iniciaron las actividades comunitarias y el 31 de mayo de 1976. Comprenden aspectos promocionales, de coordinación a diferentes niveles con instituciones educativas, de la salud, asociaciones de colonos y representantes eclesiásticos y asistenciales.

Se mencionan igualmente las actividades docentes y el mecanismo por medio del cual fue seleccionado por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, para participar en una investigación internacional dirigida por esta institución.

Doctores: GUILLERMO CALDERON
Director del Centro

y SALVADOR GONZALEZ

Ginebra, Suiza

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Carta de Cristina Mendoza, L.T.S.
Coordinadora general

Diciembre, 2 de 1976

Estimado doctor Calderón.

Al día siguiente de que mi carta de fecha 11 de noviembre fue expedida, me llegó la suya del 6 de noviembre, y la segunda del 21 de noviembre, cinco días después, por lo que me parece que nuestros canales de comunicación están ahora trabajando eficientemente. Sin embargo, yo no estoy segura de que tan rápido le llegan a usted mis documentos que son enviados siempre por vía aérea.

Estoy muy contenta de recibir las excelentes nuevas de sus progresos en lograr colaboración para el proyecto y en el establecimiento del equipo local de investigación. Usted ha realizado verdaderamente un excelente y rápido principio de la investigación, y espero que no tendrá inconveniente en que pueda yo enviar copias de sus reportes y extractos de sus cartas a los otros dos investigadores regionales en jefe. Al mismo tiempo les voy a sugerir que envíen informes de sus actividades a intervalos regulares. Lo ideal sería que cada reporte cubriera un mes calendario, y que me llegara a tiempo para ser incluido en la carta de información del progreso de la investigación que debe ser enviada a la NIAAA sobre el 20 del siguiente mes. Por separado le estoy enviando una copia de mi carta del 15 de noviembre a Mr Towle, NIAAA, que constituye el reporte de progreso mensual número 1.

Durante el mes de noviembre estuve muy ocupada preparando material para nuestro segundo contrato con NIAAA, relacionado con la prevención de las incapacidades originadas por el alcohol. Como tendrá mucho en común con el proyecto de respuestas de la comunidad, le estoy enviando una copia del plan general del trabajo que se propone. Puede usted discutirlo durante alguna de sus sesiones bibliográficas dedicadas a estudiar problemas relacionados con el alcohol.

El borrador de la carta oficial para su gobierno ha sido revisado después de que lo escribí el 11 de noviembre y espero que la carta final sea enviada en muy poco tiempo. A usted se le enviará una copia al mismo tiempo.

Aún no he conseguido un director del programa, pero tengo varias personas en mente. Por lo menos ahora tengo una secretaria temporal, lo que es un gran alivio. ¡Nuestro equipo no ha podido establecerse tan rápidamente como el suyo! El doctor Smart ha enviado el proyecto de cuestionario y tan luego como llegue le enviaré a usted una copia, para su traducción y comentarios, como se lo mencioné en mi carta anterior.

Aprovecho esta oportunidad para enviar a usted y a su equipo de trabajo, mis mejores deseos para Navidad y Año Nuevo, así como mis felicitaciones por el considerable progreso alcanzado por la rama mexicana del proyecto.

Con cariñosos recuerdos, sinceramente

Mrs. JOY MOSER
Científica. Oficina de Salud Mental

darán la información válida y científica para ayudarnos a establecer un trabajo más realista en el campo de la salud mental comunitaria para el futuro.»

RESUMEN

En el presente artículo se describe el mecanismo de coordinación entre la iniciativa privada, las instituciones oficiales y los establecimientos educativos de enseñanza profesional, que ha sido preciso establecer a fin de poner en funcionamiento el Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael, con el objeto de brindar un servicio efectivo a la comunidad, constituyéndose además en un centro de docencia e investigación dentro de este nuevo campo tan interesante de la psiquiatría social, todo ello sin contar con un presupuesto fijo para su sostenimiento.

Las actividades realizadas abarcan el año comprendido entre el primero de junio de 1975, fecha en que realmente se iniciaron las actividades comunitarias y el 31 de mayo de 1976. Comprenden aspectos promocionales, de coordinación a diferentes niveles con instituciones educativas, de la salud, asociaciones de colonos y representantes eclesiásticos y asistenciales.

Se mencionan igualmente las actividades docentes y el mecanismo por medio del cual fue seleccionado por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, para participar en una investigación internacional dirigida por esta institución.

Doctores: GUILLERMO CALDERON
Director del Centro

y SALVADOR GONZALEZ

Ginebra, Suiza

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Carta de Cristina Mendoza, L.T.S.
Coordinadora general

Diciembre, 2 de 1976

Estimado doctor Calderón.

Al día siguiente de que mi carta de fecha 11 de noviembre fue expedida, me llegó la suya del 6 de noviembre, y la segunda del 21 de noviembre, cinco días después, por lo que me parece que nuestros canales de comunicación están ahora trabajando eficientemente. Sin embargo, yo no estoy segura de que tan rápido le llegan a usted mis documentos que son enviados siempre por vía aérea.

Estoy muy contenta de recibir las excelentes nuevas de sus progresos en lograr colaboración para el proyecto y en el establecimiento del equipo local de investigación. Usted ha realizado verdaderamente un excelente y rápido principio de la investigación, y espero que no tendrá inconveniente en que pueda yo enviar copias de sus reportes y extractos de sus cartas a los otros dos investigadores regionales en jefe. Al mismo tiempo les voy a sugerir que envíen informes de sus actividades a intervalos regulares. Lo ideal sería que cada reporte cubriera un mes calendario, y que me llegara a tiempo para ser incluido en la carta de información del progreso de la investigación que debe ser enviada a la NIAAA sobre el 20 del siguiente mes. Por separado le estoy enviando una copia de mi carta del 15 de noviembre a Mr Towle, NIAAA, que constituye el reporte de progreso mensual número 1.

Durante el mes de noviembre estuve muy ocupada preparando material para nuestro segundo contrato con NIAAA, relacionado con la prevención de las incapacidades originadas por el alcohol. Como tendrá mucho en común con el proyecto de respuestas de la comunidad, le estoy enviando una copia del plan general del trabajo que se propone. Puede usted discutirlo durante alguna de sus sesiones bibliográficas dedicadas a estudiar problemas relacionados con el alcohol.

El borrador de la carta oficial para su gobierno ha sido revisado después de que lo escribí el 11 de noviembre y espero que la carta final sea enviada en muy poco tiempo. A usted se le enviará una copia al mismo tiempo.

Aún no he conseguido un director del programa, pero tengo varias personas en mente. Por lo menos ahora tengo una secretaria temporal, lo que es un gran alivio. ¡Nuestro equipo no ha podido establecerse tan rápidamente como el suyo! El doctor Smart ha enviado el proyecto de cuestionario y tan luego como llegue le enviaré a usted una copia, para su traducción y comentarios, como se lo mencioné en mi carta anterior.

Aprovecho esta oportunidad para enviar a usted y a su equipo de trabajo, mis mejores deseos para Navidad y Año Nuevo, así como mis felicitaciones por el considerable progreso alcanzado por la rama mexicana del proyecto.

Con cariñosos recuerdos, sinceramente

Mrs. JOY MOSER
Científica. Oficina de Salud Mental

Noticiario

Hospitales

UNION CATALANO-BALEAR DE HOSPITALES

ORIGEN Y EVOLUCION

La coordinación entre los hospitales, ha sido una inquietud sentida desde hace varios años. Durante los últimos, se han propiciado reuniones, para tratar conjuntamente, los problemas más diversos. Por ejemplo:

— Coordinación de los Servicios de Urgencias.
— Coordinación Bancos de Sangre.
— Servicios mancomunados.
— Problemas de financiación.
— Sistemas homogéneos de tipo de financiación.

A principios del año 1976, los representantes de ocho hospitales de Cataluña, propician la constitución de la Unión Catalano-Balear de Hospitales (UCBH), quedando constituida por un grupo de hospitales que representa:
Miembros, 33; camas, 13 002; empleados, 11 896.

FILOSOFIA Y OBJETIVOS

La UCBH, se crea con el propósito, entre otros, de hacer llegar a la Administración, la preocupación de sus miembros por la situación sanitaria en general y hospitalaria, en particular.

La UCBH, desea también dar a conocer a la sociedad —receptora directa de los servicios hospitalarios—, sus puntos de vista sobre la problemática del sector, sus principales causas, y sus posibles soluciones. El progreso socio-político del país, pone cada vez más de manifiesto, la insuficiencia de la red hospitalaria, la carencia de fondos públicos para la financiación, y la inadecuada legislación existente para el sector. Todo ello, unido a la arbitrariedad de tarifas *fijadas* por el INP y a la creciente demanda de asistencia (consecuencia del crecimiento demográfico y económico), es causa de una frecuente conflictividad en el sector con importante disminución de la cantidad y calidad de la asistencia; de un incesante incremento de los costes; y de una grave descapitalización de los hospitales.

De aquí que la UCBH, basada en la experiencia que le confiere el trabajo desarrollado por los representantes de los hospitales miembros, manifieste públicamente que propugna:

— La participación de los hospitales, en la planificación de la Sanidad.
— La defensa del patrimonio hospitalario existente, por considerarlo básico para organizar la red hospitalaria del país.
— La creación de fondos públicos de financiación para la renovación y mejora de las instalaciones y equipos hospitalarios.
— La gestión descentralizada de la Administración y la autonomía de los hospitales.
— La promulgación de legislación adecuada a las necesidades del sector.
— La libertad del paciente a escoger el lugar y el equipo que le asistan.
— La utilidad de establecer mecanismos de control, objetivos, de la calidad y cantidad de los servicios prestados.
— La instauración de sistemas homogéneos que permitan conocer los costes reales de la asistencia prestada por cualquier hospital de la red.
— La aplicación de tarifas que correspondan al coste real de los servicios prestados.
— La necesidad de frenar los costes de la asistencia, sin que ello sea a costa de bajas remuneraciones del personal o de la descapitalización del hospital.
— La creación de verdaderos centros de formación para el personal que deba responsabilizarse de la gestión de los hospitales.
— La conveniencia de que la sociedad sepa comprender cual es la verdadera función de los hospitales: servirla con la máxima eficacia y con el mínimo coste.

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Francisco Sola. Hospital San Juan de Dios
Vicepresidente
José A. Moreno. Hospital Santa Cruz y San Pablo
Secretario General
Esperanza Martí. Fundación Puigvert
Vicesecretario
José Mañach. Clínica Mental Diputación Barcelona
Tesorero
Augusto Salazar. Quinta Salud La Alianza
Contador
José A. Asenjo. Hospital Clínico y Provincial
Vocal 1.º - Lérida
Gabriel Alonso
Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro
Vocal 2.º - Gerona
Félix Ibáñez. Clínica Gerona
Vocal 3.º - Barcelona
Joaquín Mestre. Clínica Quirón
Vocal 4.º - Baleares
Juan Muntaner. Clínica Mare Nostrum
Vocal 5.º - Tarragona
Ramón Vilella. Instituto Pedro Mata

PRIMER SIMPOSIUM SOBRE LA TERCERA EDAD

Se ha celebrado en Barcelona el Primer Simposium sobre la Tercera Edad. Por primera vez un grupo de personalidades se preocupan de la problemática de un sector importante de la sociedad española, hasta ahora enmarcados, en ese otro gran sector que conocemos como *marginados.*

Las ponencias y mesas redondas se agruparon en tres grandes apartados:

1. Temática Socio-económica.
2. Temática Socio-familiar.
3. Temática Médico-social.

Algunas de las conclusiones del Simposium son éstas:

— Todo anciano enfermo tiene derecho a ingresar en una institución adecuada, dotada de medios técnicos y servida por personal preparado y motivado por la misión que se le ha encomendado.

— Los ingresos y altas hospitalarias han de decidirse con criterios médicos.

— El método de asistencia progresiva es, hoy día, el que ofrece más ventajas en geriatría hospitalaria.

— La arquitectura, el mobiliario y el utillaje que ha de usar el enfermo han de tener un diseño diferencial.

— El paciente ambulatorio ha de poder acudir a centros organizados según los criterios de la OMS.

— Han de organizarse servicios de hospitalización a domicilio, y el anciano ha de permanecer en su domicilio mientras no se produzca un motivo grave que justifique su ingreso en una residencia.

— En la organización de las residencias han de evitarse la masificación y la alienación. Residencias de capacidad no superior a 50 plazas y distribuidas sectorialmente a fin de no alejar al anciano de su medio habitual.

— Para aquellos pacientes cuyo estado no requiera una permanencia en el hospital es necesario disponer de hospitales de día.

— Es necesario coordinar todas las iniciativas orientadas a la asistencia médica a la Tercera Edad para obtener el máximo rendimiento.

— Todas las modalidades de asistencia a la Tercera Edad han de tener en cuenta los problemas psicogeriátricos.

— La asistencia sanitaria ha de ser de igual calidad para todos los ancianos.

— La asistencia médica a los ancianos ocupa un lugar diferenciado dentro de la asistencia médica general.

— Las acciones preventivas son fundamentales y deben incluir no sólo los exámenes periódicos de la salud individual, sino también programas de información y educación sanitaria.

— La carencia de instituciones adecuadas hace desear emprender iniciativas nuevas, pero la prioridad ha de darse a la actualización, perfeccionamiento y adecuada explotación de los medios disponibles en este momento.

— La urgencia de coordinación de todos los esfuerzos hace necesaria la creación de un organismo armonizador.

— La distribución sectorial por distritos urbanos y comarcas, de los diferentes servicios geriátricos, constituye una prioridad máxima.

— Han de adoptarse las medidas que faciliten el transporte de los ancianos en lo que hace referencia a seguridad, simplificación y gratuidad.

— Se solicita de la autoridad sanitaria una vigilancia oportuna de todas las instituciones dedicadas a la asistencia geriátrica.

— La prevención idónea supone fundamentalmente mejorar la calidad de la vida. En nuestro país y en el momento actual se requieren:

a) Más recursos materiales.
b) Un aumento de la consideración y del valor cultural concedido al jubilado.

— En la asistencia geriátrica, ningún esfuerzo en la formación del personal, será efectivo si no se solucionan paralelamente los problemas gravísimos de la asistencia sanitaria general del país.

— Es necesario crear centros de prevención del suicidio y centros de ayuda a los ancianos con problemas conflictivos propios de la Tercera Edad.

— Existe especulación económica con el anciano enfermo cuando los servicios que se le dan no guardan relación adecuada con su coste.

CIEN PREGUNTAS

Cien preguntas que resumen la realidad de los problemas que adolecen muchos centros que albergan residentes por largo tiempo ofreciendo razonables y valiosas posibilidades de acción.

Se trata de una obra original de la King Edward's Hospital Fund for London. La versión española lleva por título: «La vida en el hospital. Las necesidades sociales de las personas hospitalizadas por largo tiempo» y ha sido patrocinado por el Primer Simposium sobre la Tercera Edad celebrado en Barcelona.

UN EXPERIMENTO: ANIMACIÓN SANITARIA EN EL CANTÓN DE GOURDARA

Se trata de un sector particularmente aislado y que se extiende a lo largo de la orilla del río Ba-Illi. El porcentaje de enfermedades parasitarias es muy elevado. El 80 por ciento de las personas sometidas a análisis están infectadas por la bilharziosas, por el paludismo y las filarias.

Nuestro equipo de Bousso ya ha llevado a cabo acciones de desarrollo agrícola en el sector; así ha sido posible la puesta en marcha de sistemas de cultivo más modernos. Pero por falta de personal no se había podido responder todavía a la petición de los jefes locales que nos rogaban una ayuda en el campo sanitario. Finalmente hemos contado con un enfermero y una religiosa especialista en animación rural y en catequesis.

Durante 15 días por mes este equipo recorre todo el sector. La mañana se dedica a las consultas y a las curas. A mediodía la gente se reúne para hablar sobre las enfermedades descubiertas, sobre la manera de evitarlas, sobre las iniciativas comunitarias que se pueden tomar.

Por la tarde se llevan a cabo exámenes de laboratorio y se permite a los curiosos que observen los parásitos en el microscopio. Finalmente, al atardecer la pequeña comunidad cristiana local se reúne para razonar a nivel religioso los temas de la jornada.

Seis meses después de haber comenzado este experimento, el balance es concluyente:

— Tres pueblos han decidido cada uno construir un centro de curas y de reuniones y ya han comenzado a hacerlo.

— Se han impuesto una contribución económica para poner en marcha unos depósitos de medicinas en cada uno de los tres pueblos y han escogido los responsables que se harán cargo de ellos.

— Podemos comprobar que el tema de la salud ha logrado crear armonía en una zona que antes estaba muy dividida. Así la gente se reúne para intercambiar impresiones, tomar decisiones, llegar a realidades.

Por esta razón hemos decidido proseguir el experimento con la esperanza de formar animadores sanitarios escogidos de entre la gente y poder lanzarnos nosotros a otros sectores menos favorecidos.

F. MARTELLOZO, S. I.

VIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Organizado por el Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo, se celebrará en Zaragoza durante los días 18, 19, 20 y 21 de octubre de 1977. Dirigirse a:

Gabinete Técnico del Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo. Camino de los Molinos, n.º 161, apartado de Correos 652, teléfono (976) 29 66 90. Zaragoza - 15.

Pastoral

JOSE L. REDRADO DIRIGE EN PALMA UN CURSILLO DE ACTUALIZACION HOSPITALARIA

Con asistencias de personal sanitario se celebra en Ca'n Tapara *un cursillo de actualización hospitalaria dirigido por D. José L. Redrado juntamente con los señores Ramón Ferreró y Cecilio Eseverri. Con esta finalidad llegaron a la isla para preparar al personal que en la actualidad se dedica al cuidado de los enfermos.*

Nuestra entrevista con el director del cursillo José L. Redrado, un hombre que lleva años en los hospitales, con los enfermos y con una gran vocación hacia los mismos.

CUATRO DIMENSIONES

—¿Al hablar y formar al personal sanitario desde qué ángulo se debe hacer?

—Se puede hablar de cuatro vertientes: somático, psicológico, social y trascendente. Todos ellos influyen sobremanera en el enfermo.

—¿Qué cualidades debe tener de principio una persona que quiera dedicarse a los enfermos?

—Un gran sentido del hombre y una profundización en la antropología.

SITUACION SANITARIA

—¿A qué nivel se encuentra la situación sanitaria en el país?

—Es una gran encrucijada, para hablar de ello hay que tener presente problemas de todo tipo y que todo evoluciona dentro de un campo con una gran problemática.

—¿De qué adolece?

—De una gran dispersión. Los problemas sanitarios en España se apoyan en trece ministerios y esto supone un grave problema. También podemos hablar de deshumanización y desequilibrio.

—¿Por qué el desequilibrio?

—Porque todo el sistema sanitario está centrado en el hospitalario y con ello se marginan aspectos importantes como puede ser la medicina preventiva, las enfermedades crónicas y las rurales.

—¿Y la deshumanización de dónde proviene?

—Siempre de las personas, nunca de la técnica. No es verdad el hecho de que cuanta más técnica más deshumanización, tiene que haber todo el progreso factible en un campo humanizado y esto depende siempre de las personas que cuidan al enfermo.

LA MEDICINA DEL FUTURO

—¿Cómo debe ser la medicina del futuro?

—Más técnica, más personal, que se dirija a todos y que tenga un campo de promoción de la salud. Hemos de tener en cuenta que, el enfermo no es un taller de reparaciones; por ello debe tener una asistencia integral.

UN EXPERIMENTO: ANIMACIÓN SANITARIA EN EL CANTÓN DE GOURDARA

Se trata de un sector particularmente aislado y que se extiende a lo largo de la orilla del río Ba-Illi. El porcentaje de enfermedades parasitarias es muy elevado. El 80 por ciento de las personas sometidas a análisis están infectadas por la bilharziosas, por el paludismo y las filarias.

Nuestro equipo de Bousso ya ha llevado a cabo acciones de desarrollo agrícola en el sector; así ha sido posible la puesta en marcha de sistemas de cultivo más modernos. Pero por falta de personal no se había podido responder todavía a la petición de los jefes locales que nos rogaban una ayuda en el campo sanitario. Finalmente hemos contado con un enfermero y una religiosa especialista en animación rural y en catequesis.

Durante 15 días por mes este equipo recorre todo el sector. La mañana se dedica a las consultas y a las curas. A mediodía la gente se reúne para hablar sobre las enfermedades descubiertas, sobre la manera de evitarlas, sobre las iniciativas comunitarias que se pueden tomar.

Por la tarde se llevan a cabo exámenes de laboratorio y se permite a los curiosos que observen los parásitos en el microscopio. Finalmente, al atardecer la pequeña comunidad cristiana local se reúne para razonar a nivel religioso los temas de la jornada.

Seis meses después de haber comenzado este experimento, el balance es concluyente:

— Tres pueblos han decidido cada uno construir un centro de curas y de reuniones y ya han comenzado a hacerlo.

— Se han impuesto una contribución económica para poner en marcha unos depósitos de medicinas en cada uno de los tres pueblos y han escogido los responsables que se harán cargo de ellos.

— Podemos comprobar que el tema de la salud ha logrado crear armonía en una zona que antes estaba muy dividida. Así la gente se reúne para intercambiar impresiones, tomar decisiones, llegar a realidades.

Por esta razón hemos decidido proseguir el experimento con la esperanza de formar animadores sanitarios escogidos de entre la gente y poder lanzarnos nosotros a otros sectores menos favorecidos.

F. MARTELLOZO, S. I.

VIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Organizado por el Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo, se celebrará en Zaragoza durante los días 18, 19, 20 y 21 de octubre de 1977. Dirigirse a:

Gabinete Técnico del Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo. Camino de los Molinos, n.º 161, apartado de Correos 652, teléfono (976) 29 66 90. Zaragoza - 15.

Pastoral

JOSE L. REDRADO DIRIGE EN PALMA UN CURSILLO DE ACTUALIZACION HOSPITALARIA

Con asistencias de personal sanitario se celebra en Ca'n Tapara *un cursillo de actualización hospitalaria dirigido por D. José L. Redrado juntamente con los señores Ramón Ferreró y Cecilio Eseverri. Con esta finalidad llegaron a la isla para preparar al personal que en la actualidad se dedica al cuidado de los enfermos.*

Nuestra entrevista con el director del cursillo José L. Redrado, un hombre que lleva años en los hospitales, con los enfermos y con una gran vocación hacia los mismos.

CUATRO DIMENSIONES

—¿Al hablar y formar al personal sanitario desde qué ángulo se debe hacer?

—Se puede hablar de cuatro vertientes: somático, psicológico, social y trascendente. Todos ellos influyen sobremanera en el enfermo.

—¿Qué cualidades debe tener de principio una persona que quiera dedicarse a los enfermos?

—Un gran sentido del hombre y una profundización en la antropología.

SITUACION SANITARIA

—¿A qué nivel se encuentra la situación sanitaria en el país?

—Es una gran encrucijada, para hablar de ello hay que tener presente problemas de todo tipo y que todo evoluciona dentro de un campo con una gran problemática.

—¿De qué adolece?

—De una gran dispersión. Los problemas sanitarios en España se apoyan en trece ministerios y esto supone un grave problema. También podemos hablar de deshumanización y desequilibrio.

—¿Por qué el desequilibrio?

—Porque todo el sistema sanitario está centrado en el hospitalario y con ello se marginan aspectos importantes como puede ser la medicina preventiva, las enfermedades crónicas y las rurales.

—¿Y la deshumanización de dónde proviene?

—Siempre de las personas, nunca de la técnica. No es verdad el hecho de que cuanta más técnica más deshumanización, tiene que haber todo el progreso factible en un campo humanizado y esto depende siempre de las personas que cuidan al enfermo.

LA MEDICINA DEL FUTURO

—¿Cómo debe ser la medicina del futuro?

—Más técnica, más personal, que se dirija a todos y que tenga un campo de promoción de la salud. Hemos de tener en cuenta que, el enfermo no es un taller de reparaciones; por ello debe tener una asistencia integral.

DERECHOS DEL ENFERMO

—¿Qué derechos tiene el enfermo?

—Todo hombre tiene derecho a la vida y a la muerte. Desde el momento que empieza a vivir tiene un derecho también a la muerte. Cuando alguien tiene una enfermedad de inmediato se le presenta una crisis consigo mismo, con la sociedad, y con lo trascendente y, en este campo, debe trabajar todo el personal sanitario.

—¿Sobre este derecho que tiene el hombre a la muerte podemos hablar de la eutanasia y del caso Karen Kynlan?

—Hay dos clases de eutanasia, la positiva y la negativa. La negativa es la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida. La positiva es la planificación de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que sería esperada en otro contexto. Quiero dar un *no* a la eutanasia positiva. Por encima de los caprichos, de los regímenes sin escrúpulos, de las planificaciones utilitarias; por encima de la materia, el confort y la eficacia está la dignidad de la persona humana.

—¿En definitiva qué hay que hacer, por ejemplo, ante un caso Karen Kynlan o ante el caso Martínez que fue jugador de fútbol?

—De hecho, debemos afirmar que estamos obligados a usar los medios ordinarios; los extraordinarios no. Todo método que lleve consigo riesgos, cargos, etc., que no están en proporción con lo que se esperaba, podemos prescindir de ellos y, a no ser por unos intereses más altos con ciertas garantías, podríamos aplicarlos.

—¿Qué es lo más importante para el enfermo y lo que espera?

—Compañía. Que alguien sin prisas le atienda.

José L. Redrado antes de despedirnos me enseña una carta escrita por una enfermera afligida incurable y dirigida a sus compañeras enfermeras también como ella. De entre ella saco las siguientes palabras: «Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión... No os marchéis: esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien estará aquí para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para nosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que me muero, la única vez».

Una profesión muy delicada y de mucha preparación es toda aquella que tenga relación con los enfermos. Unas ideas que deben servir para humanizar más nuestras instituciones sanitarias.

MATEO CLADERA
Diario de Baleares

LA SOCIEDAD HA DE RECONCILIARSE CON EL ENFERMO MENTAL

Entrevista con el hermano Francisco Sola, presidente de la Oficina Técnica de Planificación y Coordinación de los Hospitales de los Hermanos de san Juan de Dios.

En todas partes, dice la Organización Mundial de la Salud, la familia es la unidad básica de la sociedad, ya se trate de una *familia extensa* en la que cuentan los padres, los abuelos, los hermanos y hermanas, los tíos y tías, primos y nietos; o de una así llamada *familia nuclear*, compuesta por el padre, la madre y los hijos. En cualquier caso, la salud de un miembro afecta a la de todos los demás. España ha comenzado la reforma sanitaria para adaptarse a las exigencias del momento.

—Hermano Sola: ¿Qué perspectivas ofrece la asistencia psiquiátrica en el momento actual?

—Los expertos opinan que los gobiernos deben considerar como de alta prioridad los siguientes sectores, en los que se pueden aplicar medidas: reconocimiento y tratamiento de urgencias psiquiátricas, tales como agitación aguda, confusión y estupor y tentativas de suicidio; asistencia dentro de la comunidad de pacientes con enfermedades mentales crónicas, retraso mental, epilepsia, lesiones cerebrales, etc., reconocimiento y tratamiento de problemas de salud mental en pacientes que asisten a centros sanitarios y a otros centros terapéuticos generales, problemas psiquiátricos y emocionales en grupos de alto riesgo.

Es necesaria la descentralización de los servicios de higiene mental. Se debe disponer de medios asistenciales a niveles de la comunidad, de distrito y regional, con unidades para pacientes ingresados y ambulatorios que se hallen en conexión con centros médicos generales.

—¿Qué lugar ocupa la psiquiatría en España?

—Es la cenicienta de la asistencia sanitaria. La sociedad española tiene contraída una deuda grave con los enfermos mentales y sus familias.

No obstante, tenemos fundadas esperanzas en que los resultados del trabajo de la Comisión interministerial de reforma de la sanidad, marque un verdadero hito en la asistencia a los enfermos mentales.

Ultimamente, diversas Diputaciones han mostrado un especial interés por la asistencia psiquiátrica. Vengo participando en reuniones de trabajo en la Diputación de Barcelona, a fin de lograr una mejor coordinación de la asistencia.

—Se refiere a la coordinación. ¿Qué ventajas lleva consigo?

—Dentro de los estudios para una mejor coordinación de la asistencia, destaca la idea fundamental de evitar el desarraigo del enfermo del entorno social en el que habita; para ello pretendemos prestarla de forma que se eviten al máximo los largos internamientos y la pérdida de contactos con la familia por ingresar en instituciones muy distantes de su residencia.

—¿Qué alcance tiene la reconciliación de los católicos con los enfermos mentales y sus familias?

—Es imprescindible un compromiso radical de todos los católicos para conseguir que a los enfermos mentales se les asegure una mayor eficacia en la asistencia, proporcionándoles mayores recursos de los que actualmente disponemos.

No hay caridad sin justicia. Por ello, los Consejos Presbiterales y Pastorales, las Parroquias, los católicos: juristas, periodistas, políticos, economistas, sociólogos intelectuales, mundo obrero, movimientos juveniles, etc., deben cada uno, desde su responsabilidad, contribuir a que se reconozca que el enfermo mental tiene derecho a:

— Que la sociedad no lo rechace.
— Que la sociedad no lo margine.
— Que la sociedad no lo coloque fuera del consumo social por no seguir las pautas sociales de conductas preestablecidas.

J. P.

Revista de revistas

ASPECTOS SOCIOLOGICOS DE LA ANCIANIDAD

Vemos en este artículo, cómo la solución definitiva, es la integración del anciano dentro del ámbito familiar, siendo la última solución su ingreso en instituciones geronto-psiquíatras.

Se analiza psicológicamente la capacidad de convivencia y el incremento de la patología funcional, y se preconiza la medicina preventiva para evitar el fatalismo actual.

Revista Española de Gerontología
Dr. M. Evangelista
N.º 1 - Enero-Febrero 1976

LA VIDA EN EL HOSPITAL
Las necesidades sociales de las personas hospitalizadas por largo tiempo

Al tratar de plantearnos las necesidades sociales de las personas que han de estar hospitalizadas durante largo tiempo, hemos de considerar los diversos aspectos que influyen básicamente y a tenor de diversos estudios sobre el tema, podemos definir cuatro grandes epígrafes, que son:

a) La recepción que se le hace al enfermo (acompañado o no de sus familiares) y la información de las normas generales que regirán su vida cotidiana en el Hospital.

b) El clima social en el cual y durante largo período el enfermo va a estar inserto. Considerando dentro de este clima social, las actividades culturales, diversiones, relaciones humanas, religiosas, amistades, etc.

c) Podemos considerar dentro de este epígrafe, las relaciones más profundas y los diversos vínculos con su vida familiar y social anterior, así como las relaciones con el personal que a partir de ese momento le cuidarán y tratarán.

d) En este apartado se pueden considerar toda la serie de problemas de organización y de régimen interior que tendrá que seguir a partir de su ingreso en el Hospital. Estos problemas vendrán dados por las relaciones interpersonales con los médicos y enfermeras y también con el resto de personas que tengan una influencia derivada de la organización interna del Hospital.

Ascensión Zubiri

LA ACTITUD EMOCIONAL DEL EQUIPO ASISTENCIAL EN RELACION CON LOS ANCIANOS

Se hace un análisis de la dinámica asistencial enfocada hacia la conflictividad emocional entre o en los componentes del grupo y repercusiones en los logros terapéuticos. Matización de los sentimientos filiales o de ambivalencia, perturbaciones por falsas actitudes psíquicas, efecto *epidiano* en el geriatra.

Importancia de las discusiones en grupo del equipo terapeuta sobre análisis de su conducta, relaciones emocionales y metas terapéuticas. Para evitar el exceso o la falta de identificación con el paciente, pues con esto se alcanzarían unos mayores logros en la forma que exige la geriatría actual.

Revista Española de Gerontología
N.º 2 - Marzo-Abril 1976

UNA REVOLUCION SOCIAL EN LA SALUD PUBLICA

Con mucha frecuencia la selección de la terminología sanitaria está a cargo de personas cuyos objetivos profesionales tienen muy poco que ver con las necesidades de la sociedad en materia de salud, siendo el resultado de sus estudios una acumulación fortuita y aleatoria que pocos resultados prácticos pueden ofrecer a la salud pública. Si los países en desarrollo siguen formando personal sanitario según los métodos tradicionales, de preparación de médicos y enfermeras como en los países más avanzados, de nada servirá la planificación social ni en la selección de técnicas sanitarias para alcanzar objetivos sociales.

Crónica de la OMS
N.º 10 - Octubre 1976, págs. 517-523
H. Mahler

¿CUAL ES EL FUTURO DE NUESTRA MEDICINA PRIVADA?

En la inmensa mayoría de países hay una clara tendencia hacia la socialización de la medicina. Existen motivos económicos, políticos y de eficacia, que están creando este proceso irreversible, aunque en general, la profesión médica, ha sido tradicionalmente opuesta a este tipo de organización, aludiendo a motivos de *calidad* junto a la pérdida de ascendente y poder personal y suele añadirse el criterio conservador que se aprende en las facultades de medicina, añadiendo a las diferencias que provocan ciertas estructuras socializadas sirven para apoyar la práctica de la medicina privada. Sin embargo, el crecimiento económico y la evolución política obligan irrevocablemente al cambio de organización sanitario.

Política Profesional
N.º 122 Diciembre 1976

MANI

SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani
(Salvador MANI DEXENS)

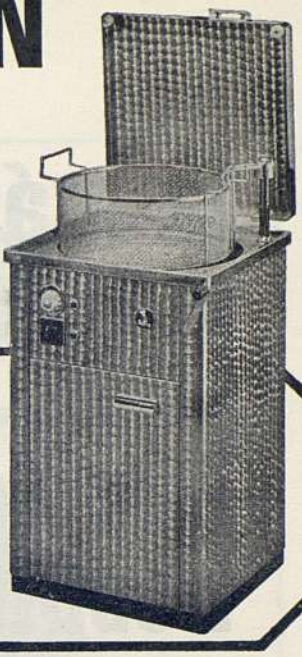
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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

FRIA MAS Y MEJOR CON

Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

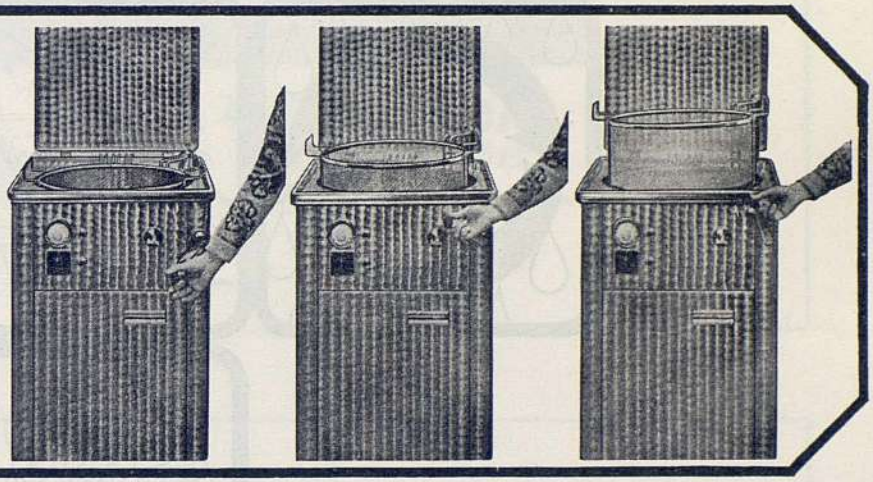


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

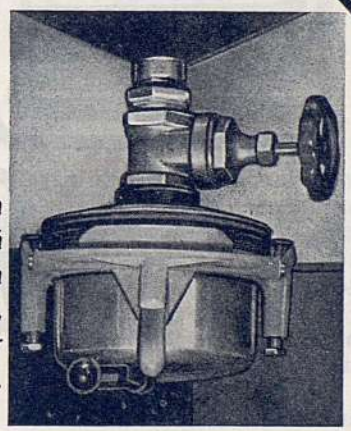
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

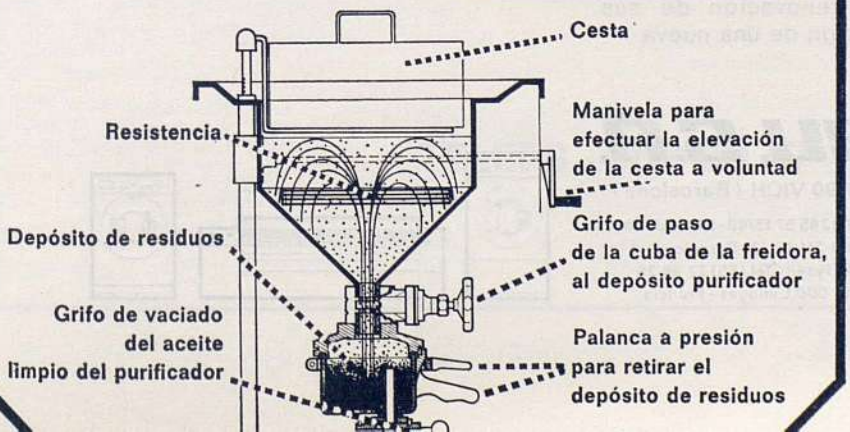
Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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





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

✱*La freidora de calidad internacional*

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado .....

Don .....

Domicilio .....

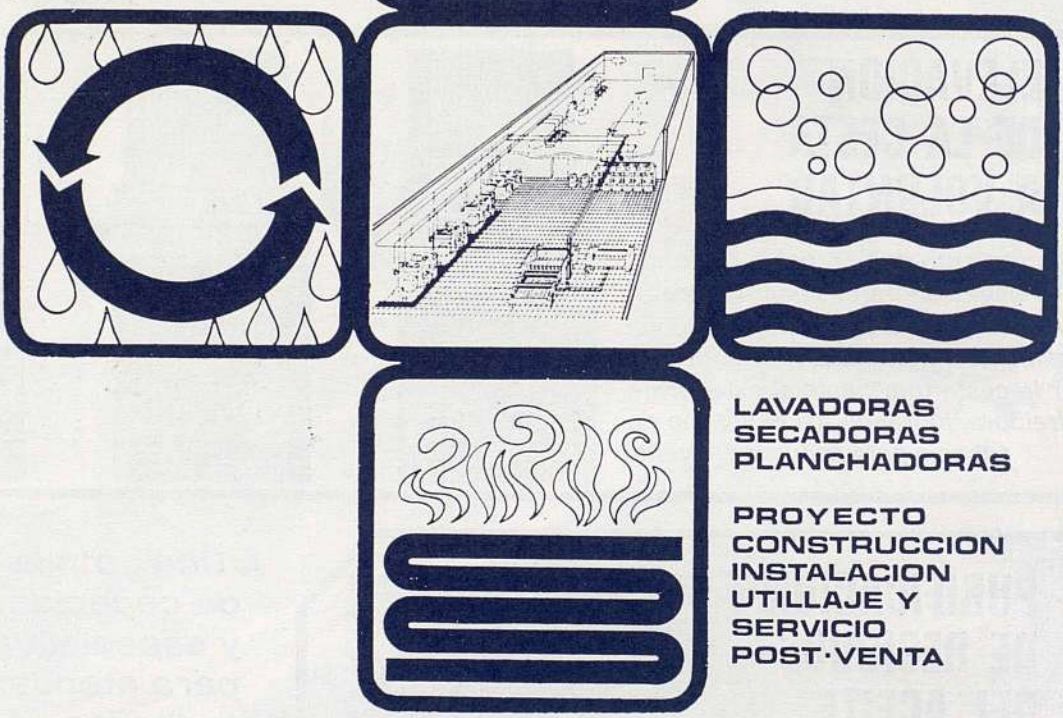
Población .....

Provincia .....

la más completa gama de maquinaria para lavanderia hospitalaria

Golder GIRBAU

SERVICIO TECNICO POST-VENTA



LAVADORAS
SECADORAS
PLANCHADORAS

PROYECTO
CONSTRUCCION
INSTALACION
UTILLAJE Y
SERVICIO
POST·VENTA

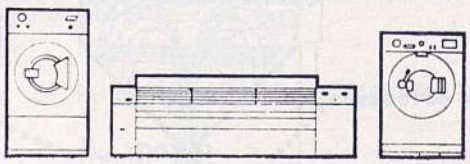
Fabricamos máquinas de gran calidad, capacidad y rendimiento para lavar, secar, planchar, etc., asi como utillaje menor.
La experiencia de las importantisimas instalaciones realizadas nos permite darles referencias y realizar el montaje de sus instalaciones con absoluta seriedad, eficacia y garantia.
Nuestros servicios Post-Venta, atendidos por Técnicos situados en todo el ámbito nacional y formados en nuestras propias factorias, les aseguran la continuidad de trabajo en todos los detalles.
Les rogamos nos consulten, tanto si están interesados en la adquisición de alguna máquina, en la renovación de sus instalaciones actuales o en la realización de una nueva planta completa

Golder GIRBAU

GIRBAU, S.A.

Carretera de Manlleu, Km. 1 Tel. (93) 889 27 89/90 VICH (Barcelona)

Delegación Centro - Fundadores, 31 Tel. (91) 245 57 15/40 - Madrid - 28
Delegación Cataluña - Santaló, 95 - Tel. (93) 211 16 12 - Barcelona - 6
Delegación Francia - 13 a 21, rue de l'Elysée - Tel. (55) 77 98 25
87 000 Limoges - Francia



FORET, S.A.
BARCELONA

les recuerda su especialidad

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B
TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11
BARCELONA (10)

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- **RESULTADOS PROFILACTICOS:**

  Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- **AREA DE PRESTACION:**

  Barcelona y su comarca solamente.

- **CONSULTAS Y PEDIDOS:**

  Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- **REFERENCIAS:**

  Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.

ISS

Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil

SAEL
S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Enna, 157 - tel. 309 25 16 - Barcelona - 5

CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

EMERSON

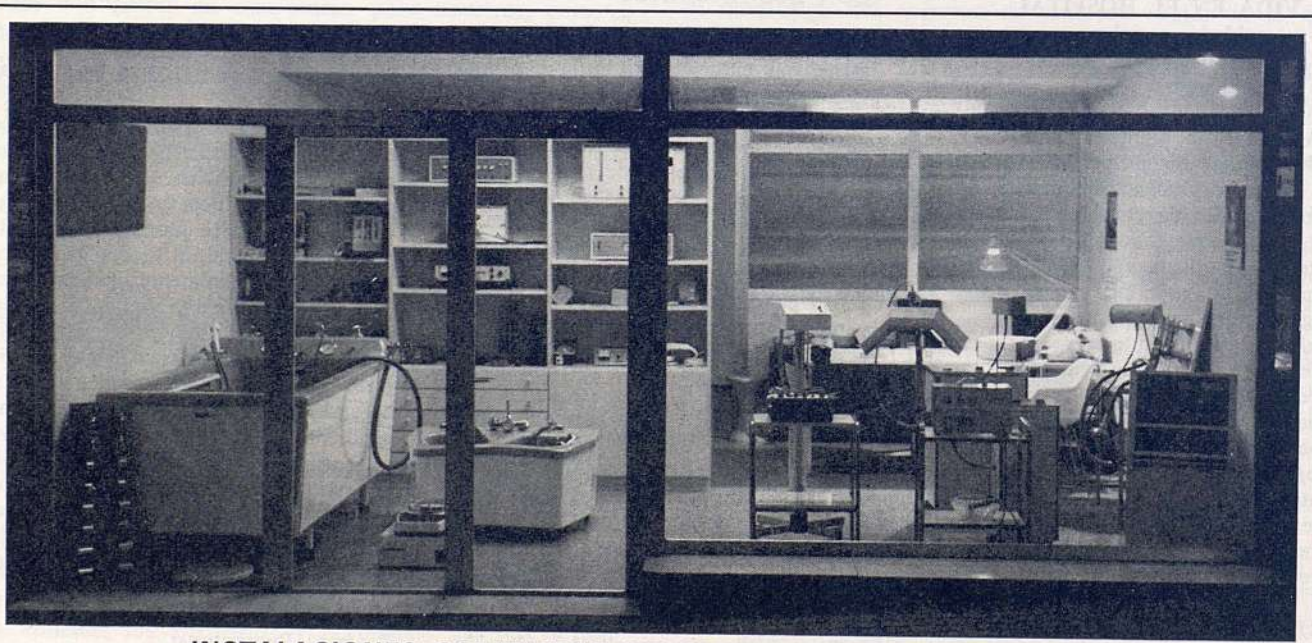
KOLSTER

Roberto Bassas, 34
Tel. 259 07 00*

Telex 54536
BARCELONA-14

APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

INDUSTRIA DE MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO
(Fundada en 1923)

JOSE HERRERA

Provenza, 157 - Tels. 323 21 50 - 323 22 04 BARCELONA-11

RADIOMETER
lanza el ANALIZADOR DEL EQUILIBRIO ACIDO-BASE

ABL2 (200 µl muestra)

RADIOMETER y C. R. MARES, S. A. tienen el honor de presentar el primer analizador de pH y gases en sangre para procesos de RUTINA en MICRO muestras.

Sus características principales son:

- Muestra de **200** µl de sangre total introducida mediante capilar o jeringa.
- Parámetros que imprime y calcula: HB, pH, pCO_2, pO_2, HCO_3, TCO_2, BE, SAT y S.B.C.
- Cambio de membranas de los electrodos de pO_2 y pCO_2 a partir de un dispositivo automático especial desechable.
- Dispositivo para la corrección automática de los parámetros de la sangre en función de la temperatura real del enfermo.

Hay mucho más que decir del ABL2, pida nuestro Catálogo explicativo en color.

C. R. MARES, S. A.

Valencia, 333. Tel. 257 62 00. Telex 54676. **Barcelona-9**
Valentín Beato, 13. *Edificio Karrara* Telex 27332.
Tels. 754 09 10 - 754 08 67 - 754 02 95. **Madrid-17**
Pérez Galdós, 93. Tel. 326 03 18. **Valencia-8**
Fuenterrabía, 37. Tel. 41 48 11. **San Sebastián**

Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

- JAQUET FRERES. GENEVE. Fijador Externo. OSTEOTAXIS del Dr. R. HOFFMANN
- LEPINE á LYON. Instrumental de Ortopedia para Escoliosis del Dr. STAGNARA y para cirugía de la rodilla Dr. TRILLAT
- ETS TASSERIT. FRANCIA. Mesas quirúrgicas modelo Prof. JUDET
- ETS TORNIER. Grenoble. Placas-grapas-prótesis sin cemento del Prof. JUDET
- I.P.A.S. Jeringas hipodérmicas. Cristal y uso único

JEAN MACE

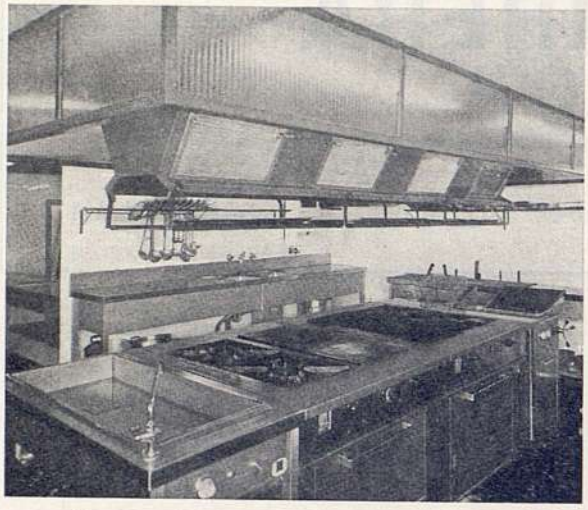
Balmes, 349 - Teléfono (93) 247 32 22
BARCELONA-6

HOSTELERIA

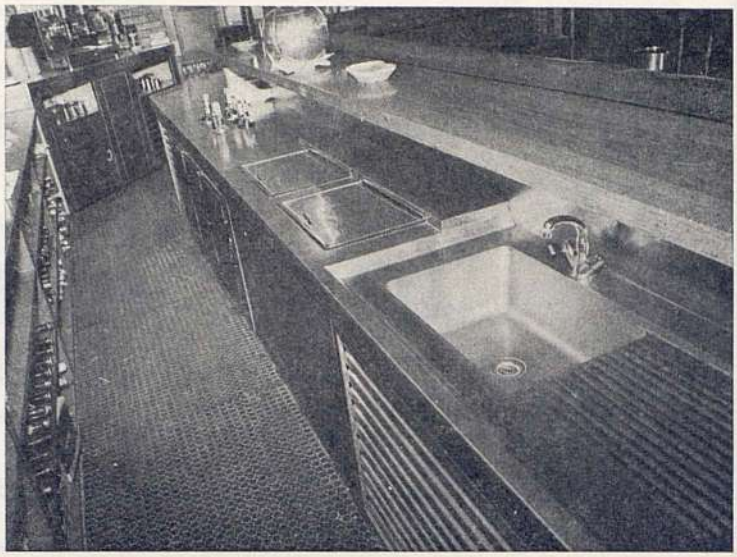
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas



Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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

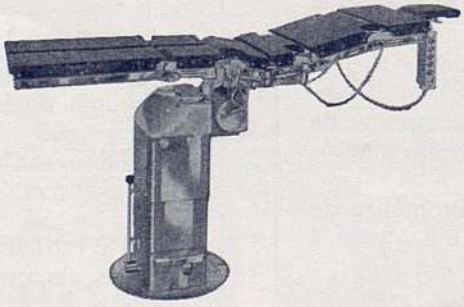
MAQUET

RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

agi imsa

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios

Libros y revistas



Laboratorio

Instrumental quirúrgico

Mobiliario clínico

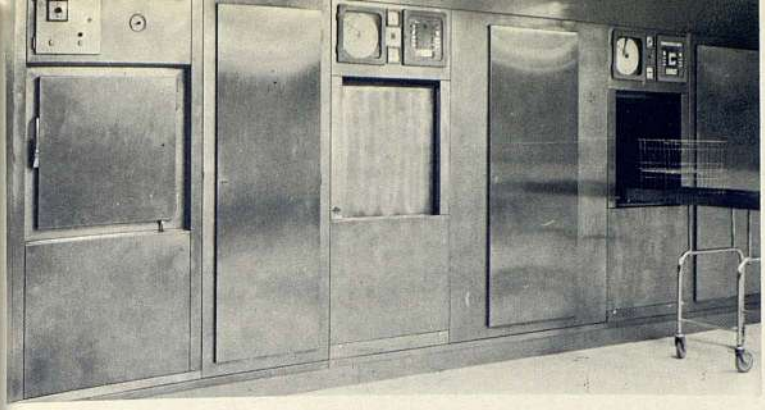
FUNDACION GARCIA MUÑOZ

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

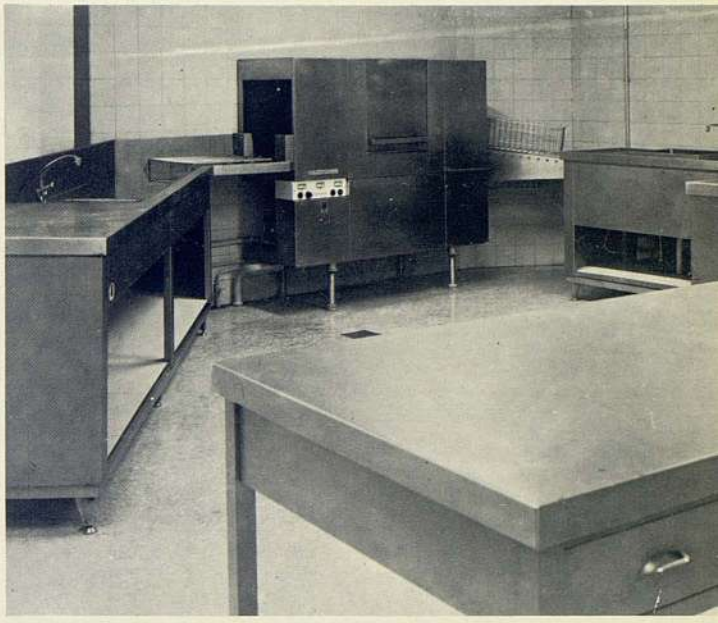
Aparatos médicos

Electromedicina



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

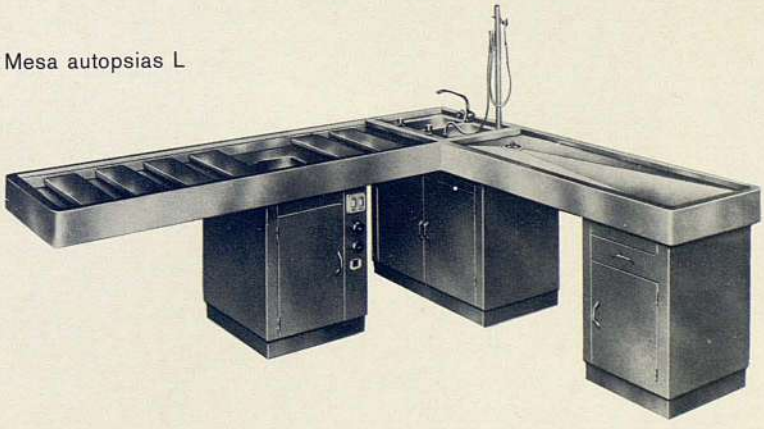
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
  Esterilizado
  Almacenaje de cuñas

Entrega de:

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

Lavador
de cuñas

Mesa autopsias L



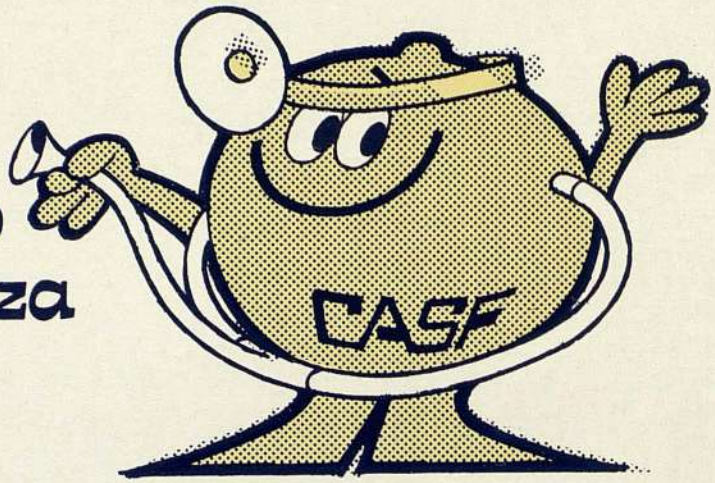
PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS

Antonio Matachana, s.a

VIA AUGUSTA 11 - TELEFONOS 2378940 - 2378935 - BARCELONA

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

l'estalvi

CENTRAL
Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña
Tel. *301 12 08

AGENCIAS BARCELONA
Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano 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 (Sants)

SAN ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

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

PREMIA DE MAR:
Avda. 27 de Enero, 132

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

SAN FELIU DE LLOBREGAT
Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT
Coronel Sanfeliu, 79-81

¡Vale más quien sirve mejor!