

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 31. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1978
Número 167. Volumen X

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
Ética 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 34

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

Sumario

LH OPINA

- 8 ENFERMERIA, PROFESION CON FUTURO

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 10 ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL
Por J. Plaza Montero

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- 29 LA REALIDAD DE LA RELACION CON EL ENFERMO
MENTAL EN UNA INSTITUCION
Por Benjamín Pamplona

PASTORAL HOSPITALARIA

- 34 LA COMUNIDAD CRISTIANA DEL HOSPITAL
HA DE ESTAR PRESENTE EN EL MISMO
39 PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

NOTICIARIO

- 42 HOSPITALES
48 PASTORAL
56 EL BOE INFORMA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.14

ENFERMERIA, PROFESION CON FUTURO

DE AYER A HOY

Hablar de Enfermería es hoy tratar de lo que ha sido o de lo que quiere ser. Actualmente carece, en gran medida, de entidad propia. Y carece de entidad propia hoy, como consecuencia de un oscurantismo sistemático; no sabemos si premeditado, pero sí incongruente, de las estructuras sanitarias que aquejan a nuestro país desde no sabemos cuando. Tal vez desde siempre.

El signo de ayudantía, de intrascendencia, de incultura, le ha acompañado a Enfermería desde los más remotos tiempos. Y los nuevos aires renovadores apenas si nos han llegado. Casi estamos por creer que algo se intuye, se siente, se huele, casi se palpa. Pero no en, o, a todas partes, en todos los rincones, ha llegado este nuevo hálito. No, ni mucho menos. Aquí todavía creemos que existen iniciados, primogénitos.

Fuera, lejos de nosotros, comenzaron los nuevos movimientos. Modernamente fue Florence Nightingale la promotora. «Ella creyó firmemente que las tareas de cuidar a los enfermos y de enseñar buenas prácticas de higiene eran lo bastante importantes —opina Alice L. Price— como para justificar la fundación de escuelas, y la enseñanza y entrenamiento de personal para llevar a cabo el trabajo. Denunció amargamente la idea aceptada entonces, de que la Enfermería debía dejarse para quienes estaban desengañados del amor y ansiosos de encontrar un medio de ganarse la vida». En 1873, siguiendo las teorías de F. Nightingale en Inglaterra, comenzaron a aparecer escuelas específicas de Enfermería en los EE. UU. de América del Norte.

Si de Inglaterra o EE. UU. pasamos a España, hemos de reconocer que no tardamos mucho tiempo en que aparecieran en nuestro suelo una cierta réplica o modelo de aquellos centros. Pero, ciertamente, salvo alguna aislada individualidad, nuestras escuelas fueron, y, aún siguen siendo, muy diferentes. Las causas de esta situación son múltiples y no creemos que es este lugar para analizarlas todas. Mas sí debemos apuntar que se ha pasado de una etapa humanitaria, con bajo contenido científico, a otra con tintes esencialmente paramédicos, hasta la actualidad en que se están encaminando los pasos hacia una profesión de cuidados o servicios, tercer proceso progresivo social del mundo del trabajo y con una entidad propia y bien definida.

DE HOY A MAÑANA

Enfermería —lo hemos apuntado anteriormente— ha pasado, y, aún está en esta etapa en que predomina la indefinición de objetivos. Y todos sabemos que donde no hay objetivos no puede darse seriamente una programación, ni una correcta actuación, ni mucho menos, una valoración de resultados.

De la indefinición de objetivos pasamos o nos movemos, en una indefinición de medios. Se ha carecido de medios humanos, técnicos y económicos; de ubicación, de prestigio y de campo concreto de trabajo. Y esto es cierto, puesto que la profesión no dispone de profesionales de rango universitario, por tanto, de un cierto nivel científico reconocido. No ha dispuesto de presupuestos en sus centros docentes, dependientes siempre de alguna facultad de medicina. Su reconocimiento social ha sido de simple ayudantía al médico quien cedía o no, según criterios unipersonales y, a veces, maximalistas, plenos de criterios cerrados y en ocasiones con enjuiciamientos peyorativos. La misma sociedad ha comulgado con dichas opiniones antes apuntadas. Ciertamente, incluso los propios interesados, han hecho muy poco por salir de este letargo invernal ya excesivamente prolongado. Hoy, ciertamente, ya son otros los aires que se respiran.

Podríamos decir que, quienes han tenido la responsabilidad, carecían por regla general de reconocimiento y ayuda, y quienes disponían y, aún disponen de los medios y recursos en sus manos, ignoran qué es Enfermería. ¡Eterna paradoja hispánica!

Como comparación que en cierta manera nos aclare este oscuro recorrido, diremos que en la India del hambre y el retraso social, ya en 1960 se obtenía la licenciatura en Enfermería y que en la actualidad se está impartiendo el doctorado en la Universidad de Nueva Delhi.

CONCLUSION

La situación o perspectiva comienza, lo hemos dicho anteriormente, a ser diferente. Ya desde el 1 de febrero de 1978 se ha comenzado en España a impartir el primer curso de Diplomados en Enfermería, de Universitarios de Enfermería. Los nuevos programas son más razonables, actualizados, rigurosamente impartidos y seriamente aceptados. El alumnado comienza a dar señales de que lo que está recibiendo, para lo que se está preparando, es algo muy serio. Algo que va a marcar todo un cambio, una nueva época. Pero esto requiere que:

- 1.º Se planifiquen las necesidades de los servicios de Enfermería.
- 2.º Se distribuyan equitativamente estas necesidades por regiones, pueblos, centros asistenciales, etc.
- 3.º Se presten ayudas, se den estímulos y se reconozca con justicia y equidad a los promotores.

La presencia del Estado debe asegurar la cobertura de riesgos; debe orientar, alentar, vigilar, canalizar y supervisar por igual las actividades, actuaciones y prestaciones tanto del sector privado como del público.

El Estado debe permitir, partiendo de unas bases comunes para todos, que las fuerzas políticas, sociales y privadas impartan la docencia de Enfermería; enriqueciéndola con las peculiaridades e idiosincrasia de cada uno. La libertad de elección de centro no deberá estar o resultar coartada por la carencia de recursos o de coacción de los más fuertes o de los que ostenten el poder.

Creemos que una de las mejores medidas o recursos para mejorar los resultados de calidad y precio —principio de optimación— es estableciendo el sistema de libre mercado de opciones y oportunidades.

Organización de hospitales

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL

EQUIPOS DE TRABAJO

Importante resulta definir, en un primer momento de la organización hospitalaria, un organigrama funcional que marque, por una parte, las líneas jerárquicas de dependencia de todos y cada uno de los puestos de trabajo del hospital y por otra indique e induzca a una estructura de coordinación funcional que permita una función unitaria e impida la conversión del hospital en una serie de elementos estancos, adyacentes, pero independientes.

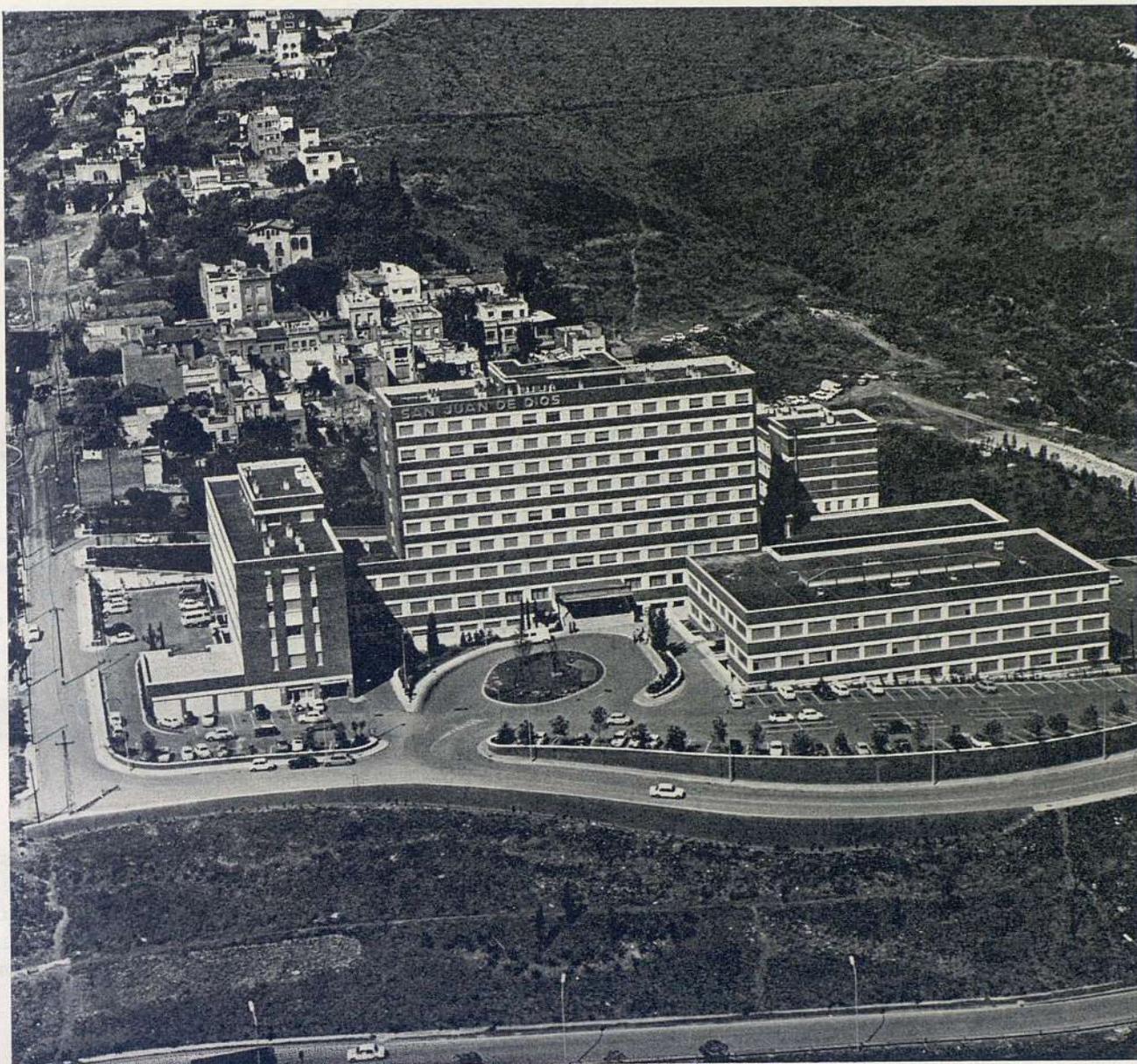
En este sentido hemos de partir de unas unidades funcionales o equipos de trabajo que, según cuales fueren sus funciones dentro del hospital, reciben diversos nombres:

- Servicios y Secciones médicas
- Unidades de enfermería
- Servicios y Secciones técnicas
- Oficinas administrativas
- Servicios generales

Los Servicios médicos los constituyen aquellos equipos de profesionales de titulación universitaria superior, Licenciados o Doctores, que ejercen la función asistencial de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, homogénea y coetánea, bajo la dirección de un jefe plenamente integrado y con dedicación primordial a dicha función.

En algunos casos, el rango funcional del equipo médico, no alcanza la amplitud ni independencia suficiente para incluirlo en el nivel de Servicios y se constituye en Sección médica —junto a uno de los Servicios médicos—. Tal ocurre con aquellos equipos, generalmente unipersonales o de muy corto número de profesionales, que ejercen una subespecialidad con visión muy parcial del paciente o en aquellos otros que, también paucipersonales actúan meramente como coadyuvantes en la función de otro Servicio.

En otros casos, por el contrario, encontraremos algún Servicio médico de gran amplitud, cuya complejidad funcional como equipo, diversificación de ubicaciones y cuantía de los elementos constituyentes, hacen aconsejable su división en Secciones aun dentro de una misma unidad de función.



SERVICIOS MEDICOS

Como regla general encontraremos los servicios médicos constituidos por un Jefe de Servicio y de cinco a ocho profesionales integrantes del Servicio. Las Secciones se nos muestran, unas veces, constituidas por un solo profesional, otras, por un Jefe de Sección y uno o dos profesionales. Nos referimos en este momento a aquellos puestos de trabajo de plantilla fija y no a los Residentes o profesionales en formación que, aun perteneciendo a la plantilla hospitalaria, lo son de un modo temporal, por un período de cuatro años y cuyas funciones asistenciales no pueden tenerse en cuenta en la programación de trabajo del equipo, si no es como liberación parcial de la labor asistencial de los profesionales de plantilla que les permita a éstos dedicarse y responsabilizarse de la formación de los Residentes.

UNIDADES DE ENFERMERIA

Por lo que se refiere a las Unidades de Enfermería nos encontramos con una formación mucho más uniforme. Se trata de equipos de profesionales de enfermería que, con ayuda de auxiliares de clínica, y en número coincidente

de dos a cinco A.T.S. o diplomados universitarios, juntamente con un número similar de auxiliares, ejercen las funciones de la asistencia básica de los pacientes y la puesta en práctica de las indicaciones terapéuticas y de vigilancia de los mismos, indicadas por los equipos médicos. Al frente de cada equipo de Unidad de Enfermería habrá un Supervisor que ejerce las funciones primordiales de coordinación y dirección del equipo.

La índole de permanencia de la función de enfermería, hace aconsejable la prolongación de la función de Supervisor de Unidad, mediante la jefatura y responsabilización, ejercida por un Jefe de enfermería de tarde, y un Jefe de enfermería de noche, que pueden sustituir la función de los supervisores, aparte de otras funciones inherentes de su puesto. Esto requiere indudablemente una vigilancia especial en la coordinación de funciones a nivel de las estructuras responsables de enfermería que evite la disparidad de criterios.

SERVICIOS CENTRALES

Dentro de los Servicios y Secciones médicos nos encontramos con un grupo heterogéneo que ejercen sobre el paciente una función complementaria, diagnóstica o terapéutica, de los restantes Servicios, pero que no se responsabilizan directamente de él. Por otra parte, en la composición de la dotación personal de dichos equipos, encontramos, tanto profesionales de titulación superior, como profesionales de enfermería y personal auxiliar, pero cuya función resulta tan íntimamente ligada, desde un punto de vista de la labor ejercida, que la dependencia resulta aconsejable que sea única. Constituyen el grupo de los Servicios Centrales, por otra parte heterogéneo, ya que en él se comprenden, tanto los Servicios de Laboratorio, como de Anatomía Patológica, Radiología, Electrodiagnóstico, así como Rehabilitación Ortopédica, Bromatología o Dietética y Farmacia.

SERVICIOS TECNICOS

Los Servicios técnicos son aquellos equipos constituidos por profesionales técnicos, como fotógrafos, o auxiliares con funciones fundamentalmente de secretaría o archivo, que ejercen una labor de apoyo y ayuda técnica a todos y cada uno de los equipos médicos y de enfermería. Son, concretamente, Fotografía Clínica, Biblioteca, Archivo Central de Historias Clínicas y Secretaría Técnica.

OFICINAS ADMINISTRATIVAS

Las oficinas administrativas resultan también bastante definidas. Se trata de equipos de personal administrativo que ejerce las funciones de Tesorería, Facturación, Contabilidad, Patrimonio y Limosna.

Algunas oficinas de índole administrativa, adquieren un especial carácter por su función. Nos referimos por una parte a la Oficina de Personal con sus funciones de habilitación, supervisión laboral, contratación y selección del personal del hospital, y, por otra parte, a aquellos otros que cumplen las funciones de admisión de los pacientes, en las que junto a funciones netamente administrativas se ejercen funciones de acogida, orientación, apoyo e información a los pacientes y sus familias que las hace destacables del resto de oficinas administrativas y acercarse grandemente a las funciones propias de enfermería.

SERVICIOS GENERALES

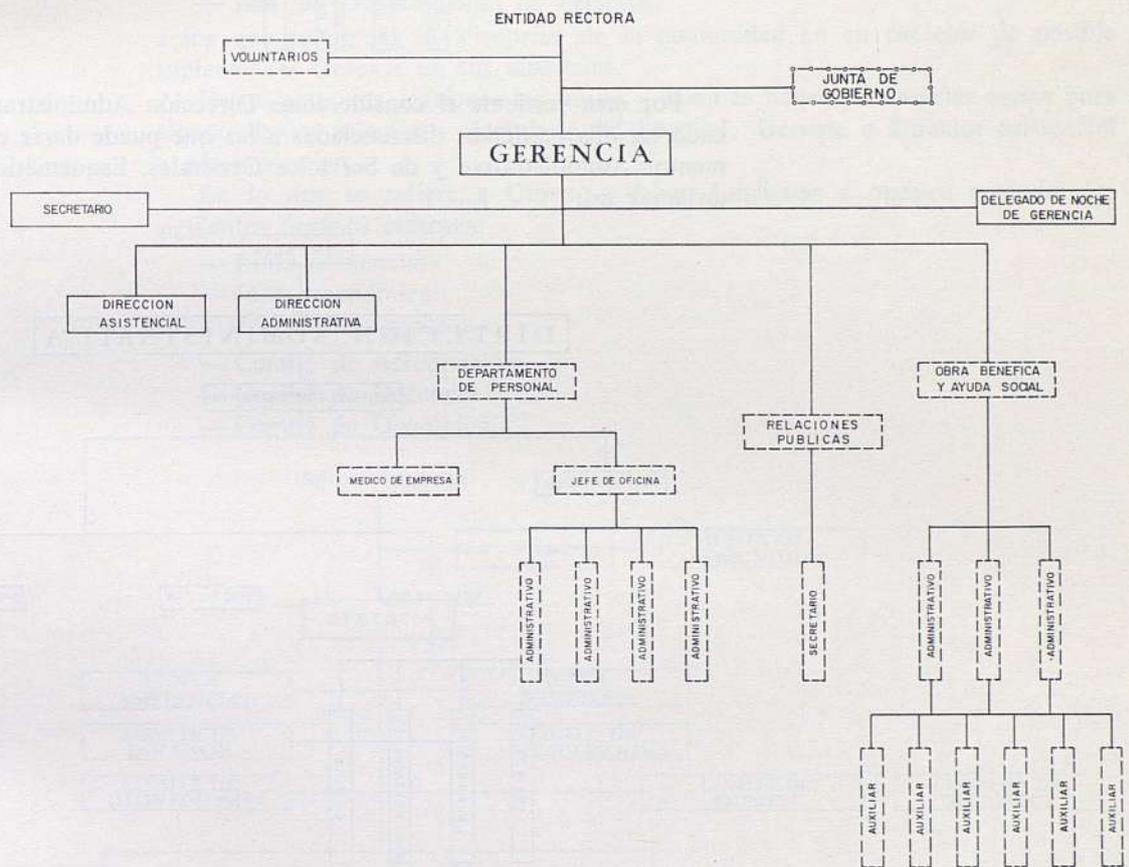
Nos resta, por último, considerar una serie muy heterogénea de servicios que se incluyen comúnmente bajo epígrafe de Servicios Generales y que comprenden, por una parte, los Servicios propiamente hoteleros, por otra, los de Mantenimiento, y, además, pueden incluirse también los servicios de aprovisionamiento, así como los de telefonía y celadores.

**DIRECCIONES
ASISTENCIAL
Y ADMINISTRATIVA**

De la consideración de los Servicios que hemos enumerado someramente, hasta ahora, vemos claramente definirse dos vertientes fundamentales: una que denominaremos asistencial, en la que pueden y deben incluirse todas aquellas funciones que tienen como misión la atención directa o indirecta del paciente en sus dolencias, otra que denominaremos administrativa en la que se incluyen el resto de funciones hospitalarias que se ocupan fundamentalmente del hospital como empresa.

Estas dos vertientes que denominaremos Direcciones asistencial y administrativa, respectivamente, son las que van a depender directamente de Gerencia. Pero, a su vez, la Gerencia del hospital, como máximo responsable ejecutivo del hospital, tiene bajo su inmediata dependencia directa, un Departamento, el de Personal, cuya función lo hace calificar de Staff, así como un Servicio, también de naturaleza Staff, cual es el de Relaciones Públicas.

Veamos, pues, en esquema, cómo quedaría esta primera línea de dependencia:



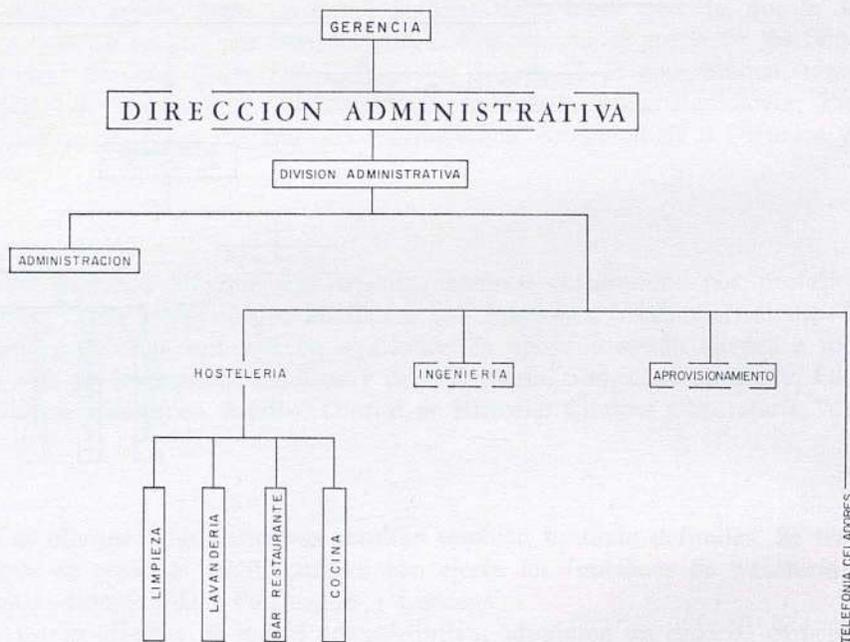
NOTA: En todos los esquemas quedan encuadrados aquellos que representan un puesto de trabajo ocupado por una persona responsable, quedando sin encuadrar aquellos utilizados únicamente con fines de clasificación. Los encuadres continuos representan puestos de trabajo directo y los de línea discontinua significan puesto de trabajo Staff. Asimismo se encontrarán servicios encuadrados por punto y raya cuya significación es la de su naturaleza de función asesora.

Si consideramos ahora la Dirección asistencial, vemos cómo, bajo su dependencia, quedan dos vertientes claramente diferenciadas: una la de los Servicios médicos y otra la de las Unidades de Enfermería. Ambas adquieren lógicamente el rango de Divisiones. Pero junto a ellas existen una serie de Servicios íntima-



mente imbricados con ambas divisiones cuya dependencia directa de Dirección asistencial resulta realmente aconsejable. Incluimos en este grupo el Servicio Religioso, Archivo Central de Historias Clínicas, Secretaría Técnica, Fotografía Clínica y Biblioteca. Esquemáticamente, pues, la Dirección asistencial podría plasmarse así:

Por otra vertiente si consideramos Dirección Administrativa, ya hemos indicado las dos vertientes diferenciadas a las que puede darse el rango de Departamento: Administrativo y de Servicios Generales. Esquemáticamente la representaríamos así:



Como puede desprenderse de lo que llevamos dicho hasta ahora, dentro del hospital se consideran una serie de rangos o niveles que pueden ser coincidentes o no con las líneas jerárquicas. Creemos conveniente considerar detalladamente dichos niveles cuya dependencia suele ser del rango inmediatamente superior o en ocasiones saltar uno o más de los niveles inmediatos. Tales niveles son considerados así:

1. *Sección, equipo o turno*, encargado de una función determinada, con un número de componentes no superior a seis coincidentes en la función.
2. *Servicio o Unidad*, cuando la función comprende más de una Sección o turno o el número de componentes del equipo es superior a seis o bien la naturaleza de su función aconseja su clasificación en este nivel.
3. *Departamento*, constituido por la reunión de un grupo de Servicios o Secciones homólogos.
4. *División*, formada por la reunión de Departamentos homogéneos.

5. *Dirección*, en la que se reúnen las distintas Divisiones o Departamentos.

6. *Gerencia* que comprende a todas las diferentes funciones del hospital.

Cuando varios de los constituyentes de estas líneas jerárquicas se reúnen para toma de decisiones o acuerdos se constituyen los órganos colegiales que podemos clasificar en dos rangos:

- Juntas
- Comités

En unas ocasiones dicha Junta tiene carácter decisorio o ejecutivo. Así ocurre con la Junta de Gobierno que se constituye en el hospital, bajo la presidencia del Gerente por:

- Director asistencial,
- Director administrativo,
- Director de la División Médica,
- Director de la División de Enfermería,
- Jefe del Departamento de Personal,

a los que se agrega el Viceprior de la comunidad en su carácter de posible suplente del Gerente en sus ausencias.

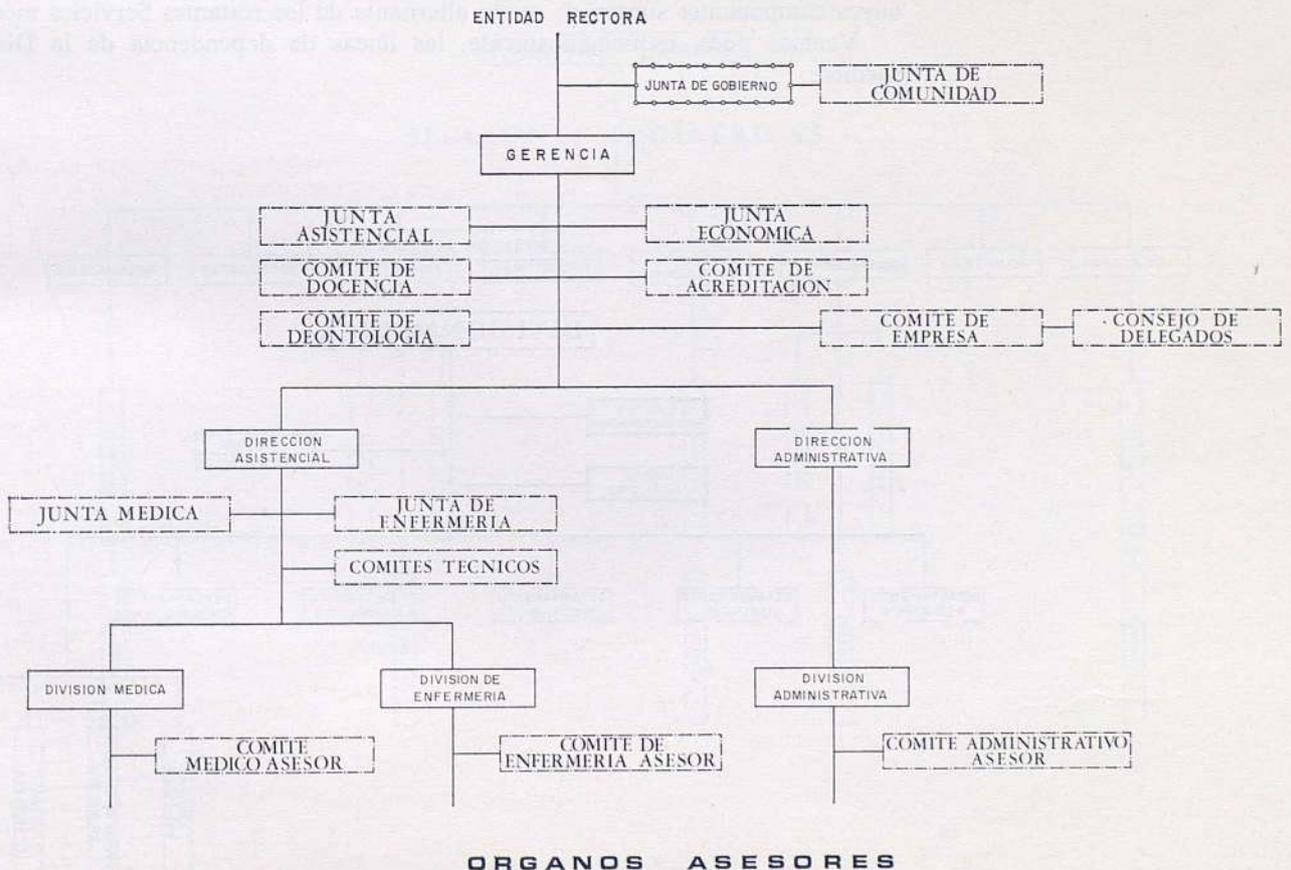
En las restantes ocasiones las Juntas y Comités tienen un carácter asesor para alguno de los miembros ejecutivos del hospital: Gerente o Director asistencial o administrativo.

En lo que se refiere a Gerencia deben funcionar a nuestro entender los siguientes órganos asesores:

- Junta asistencial
- Junta económica

y los tres comités generales:

- Comité de Acreditación
- Comité de Docencia
- Comité de Deontología



Para la Junta de Gobierno, resultará también asesora, la Junta de Comunidad de los hermanos de la Orden en su calidad de continuadores del espíritu de san Juan de Dios y depositarios del legado del pueblo que, con el apoyo en todos los órdenes, han recibido durante más de un siglo.

Por lo que a Dirección asistencial se refiere, funcionan unas Juntas y Comités asesores que se engloban en dos grupos: generales y técnicos.

Las Juntas y Comités generales son:

- Junta médica
- Junta de Enfermería
- Comité médico asesor de Dirección
- Comité de enfermería asesor de Dirección

Los Comités técnicos están constituidos por:

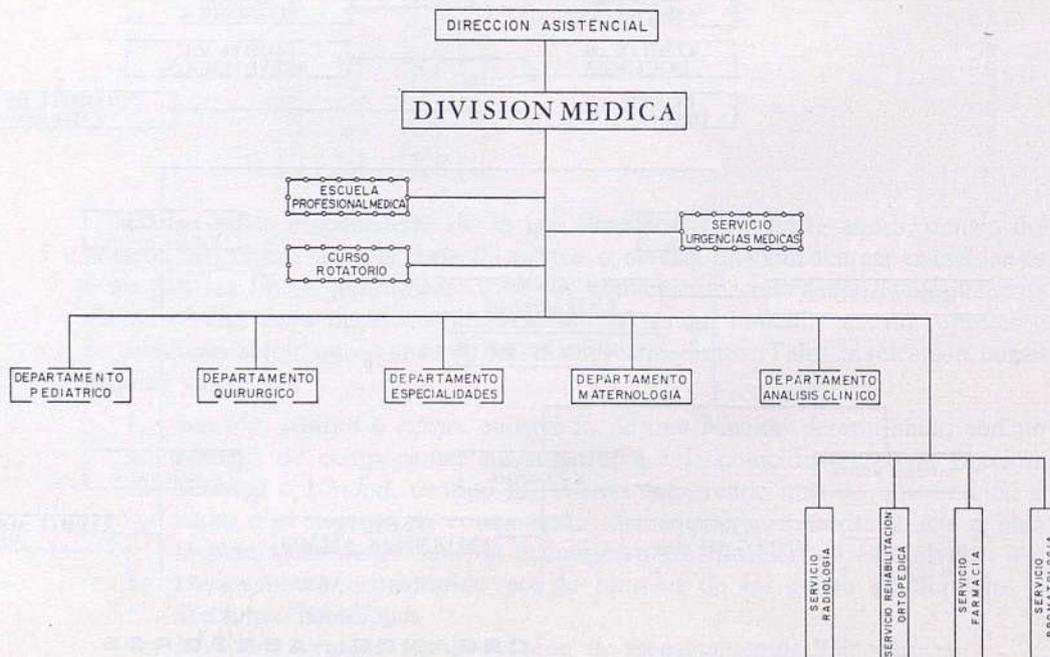
- Comité de Epidemiología hospitalaria
- Comité de Farmacia
- Comité de Oncología
- Comité de Bromatología
- Comité de Historias Clínicas

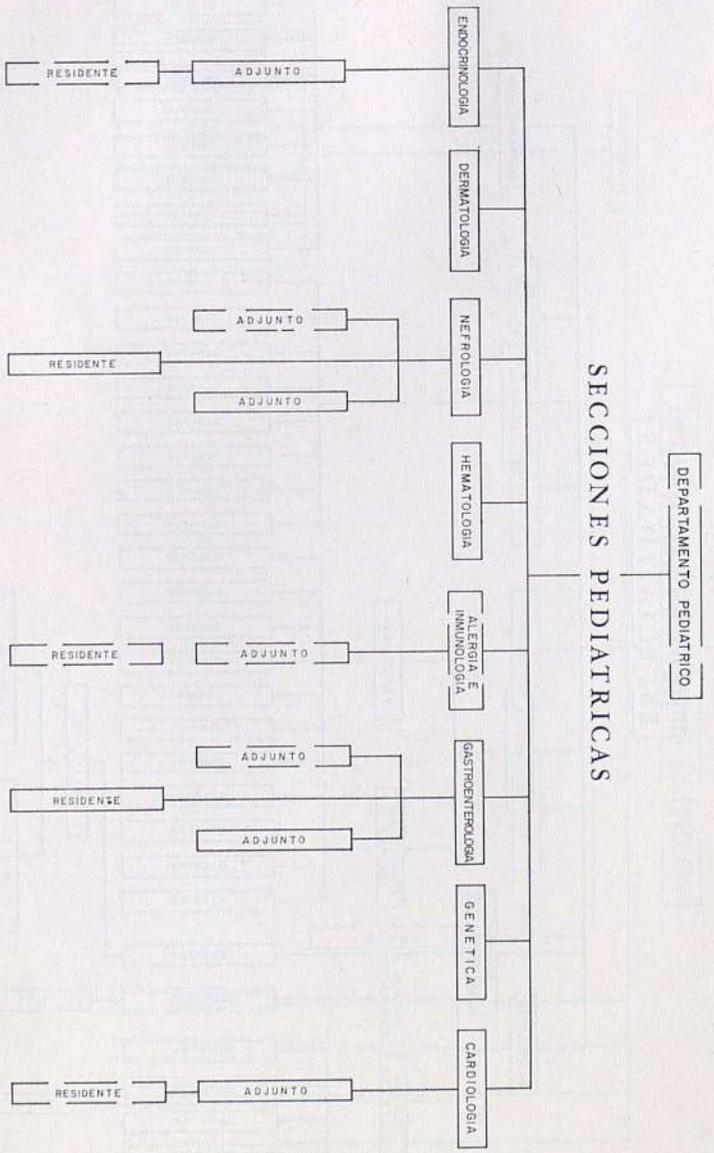
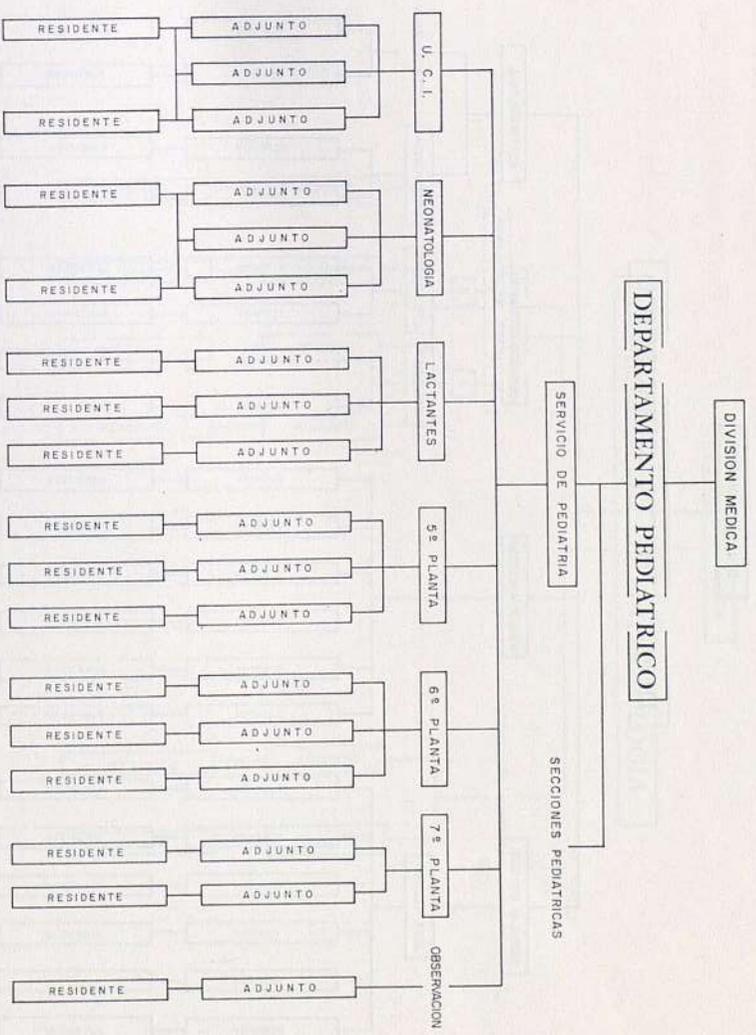
Volviendo de nuevo a las Divisiones, vamos a considerar ahora las subdivisiones y dependencias dentro de la División médica. Esta queda subdividida en los siguientes Departamentos: Pediátrico, Quirúrgico, de Especialidades, Maternología y Servicios Centrales.

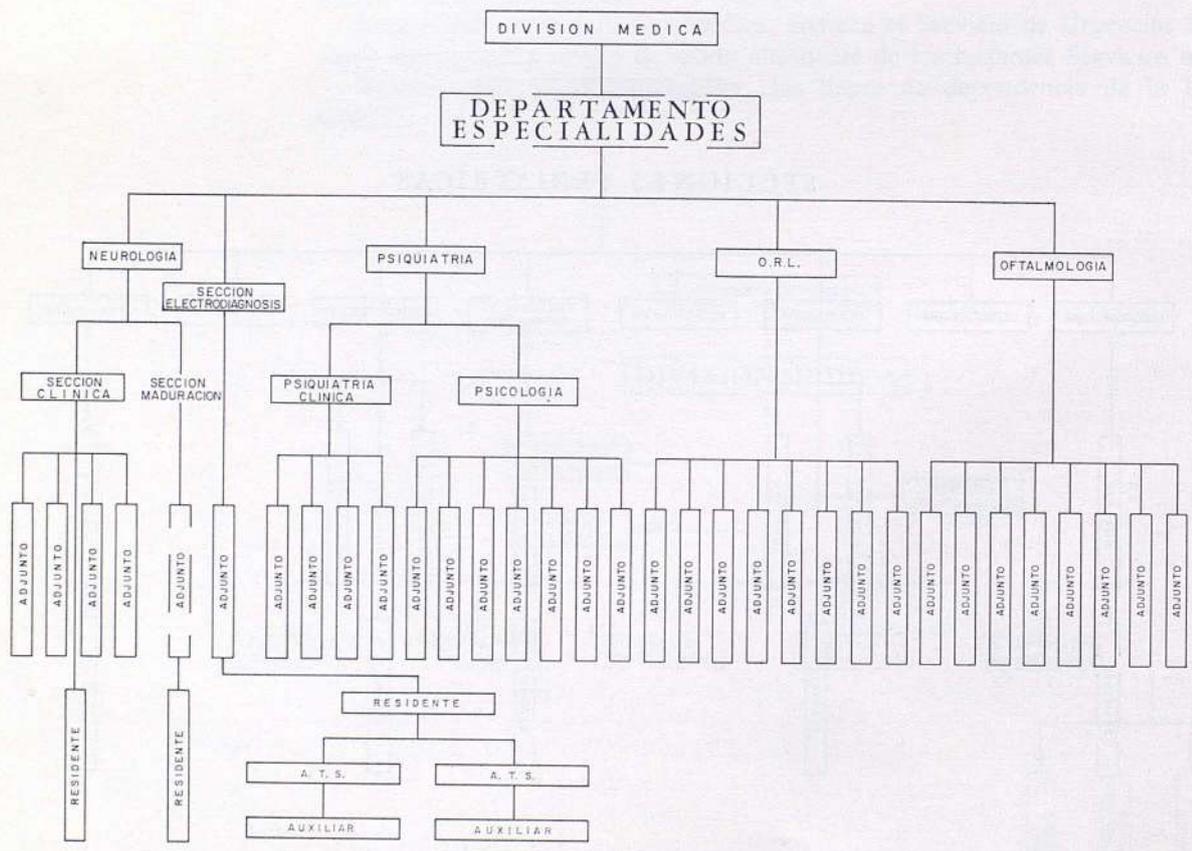
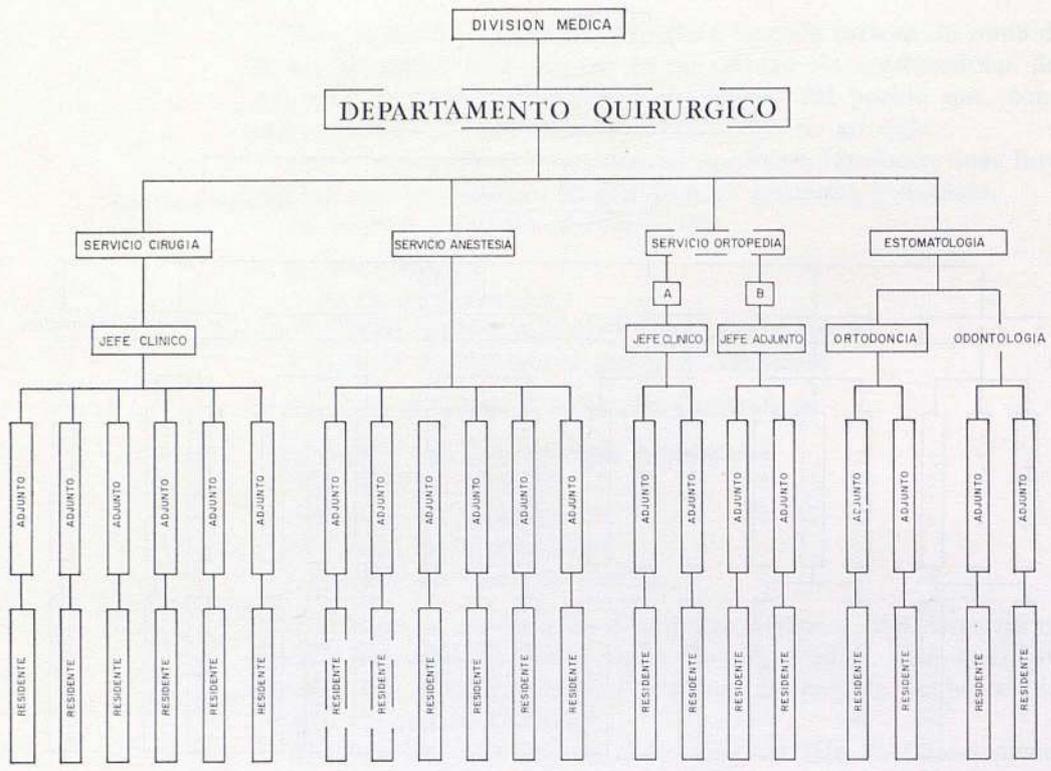
Al frente de cada uno de ellos existe un Jefe de Departamento, salvo para los servicios generales que, bajo la dependencia directa del Director de la División médica, se clasificarán a su vez, en Departamento de Análisis Clínicos, que comprende los Servicios de Anatomía Patológica, Bioquímica, Hematología, Microbiología y la Sección de Genética y los Servicios de Radiología, Farmacia, Bromatología y Rehabilitación Ortopédica.

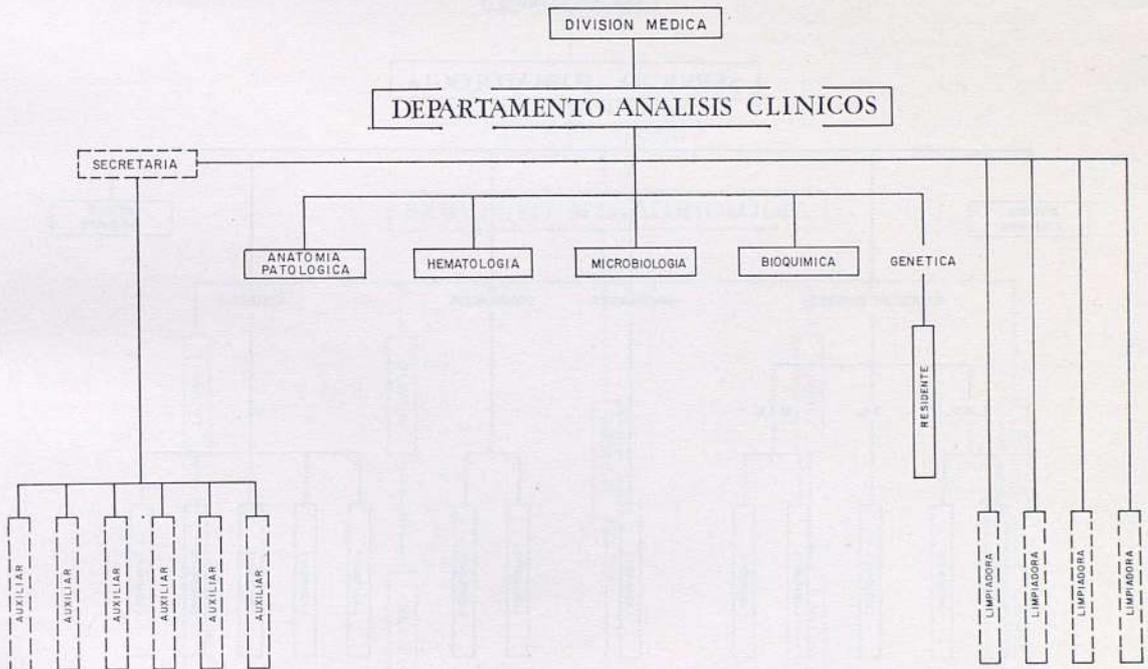
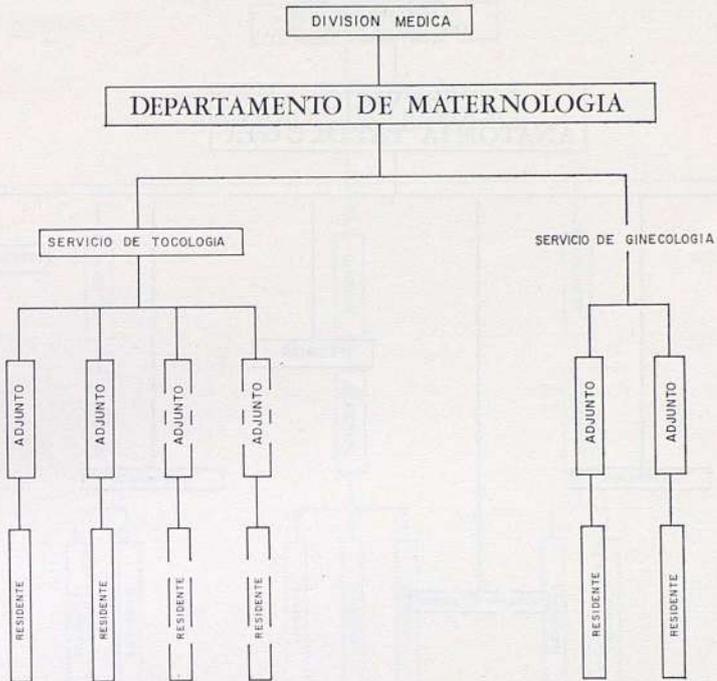
Como Staff de la División Médica, aparece el Servicio de Urgencias Médicas cuyos componentes surgen de modo alternante de los restantes Servicios médicos.

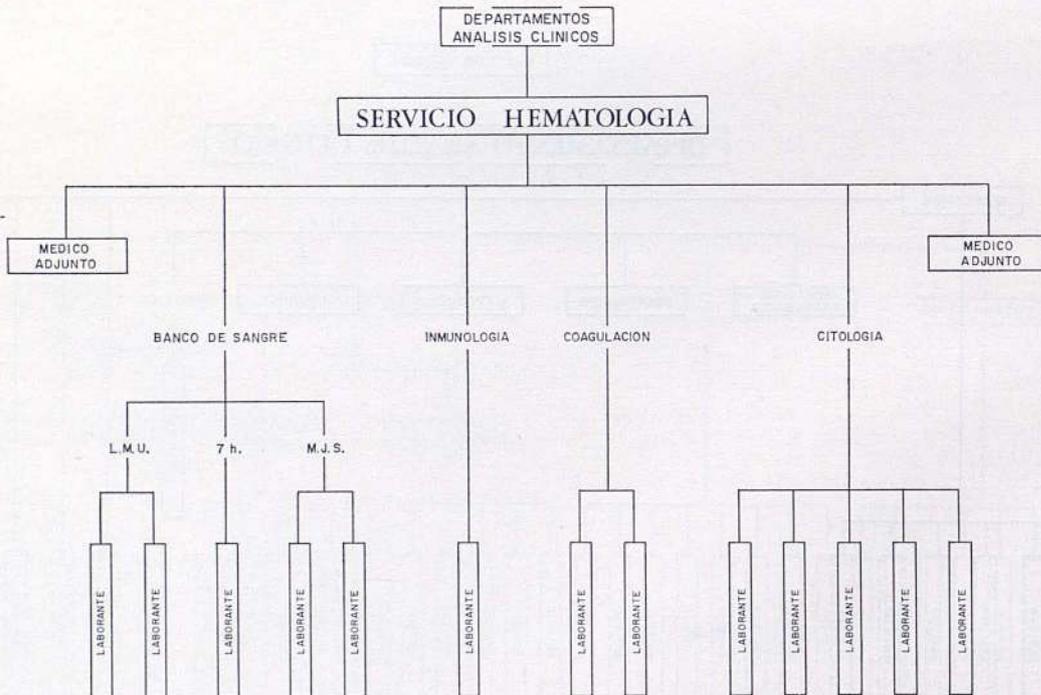
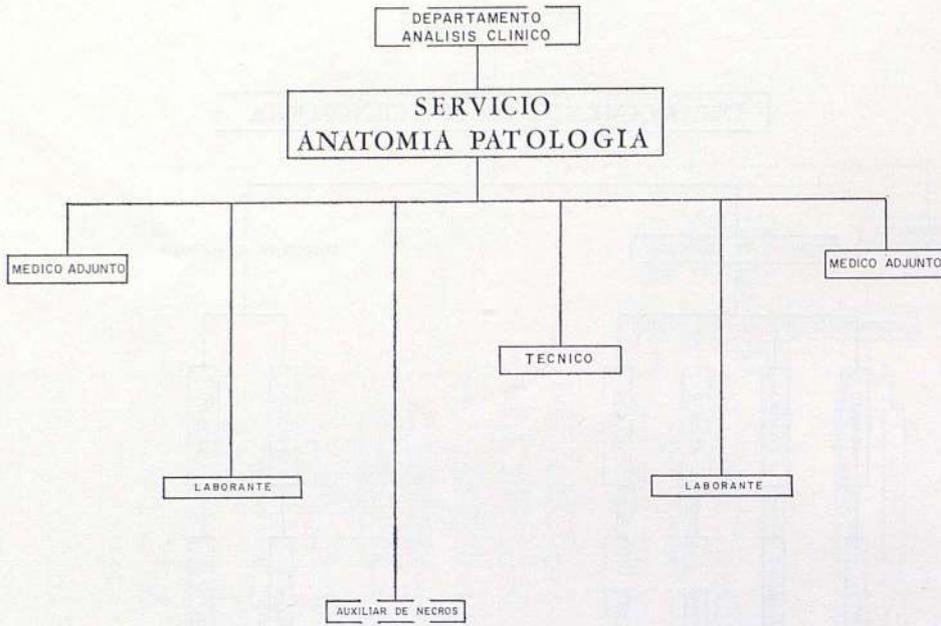
Veamos pues, esquemáticamente, las líneas de dependencia de la División Médica:

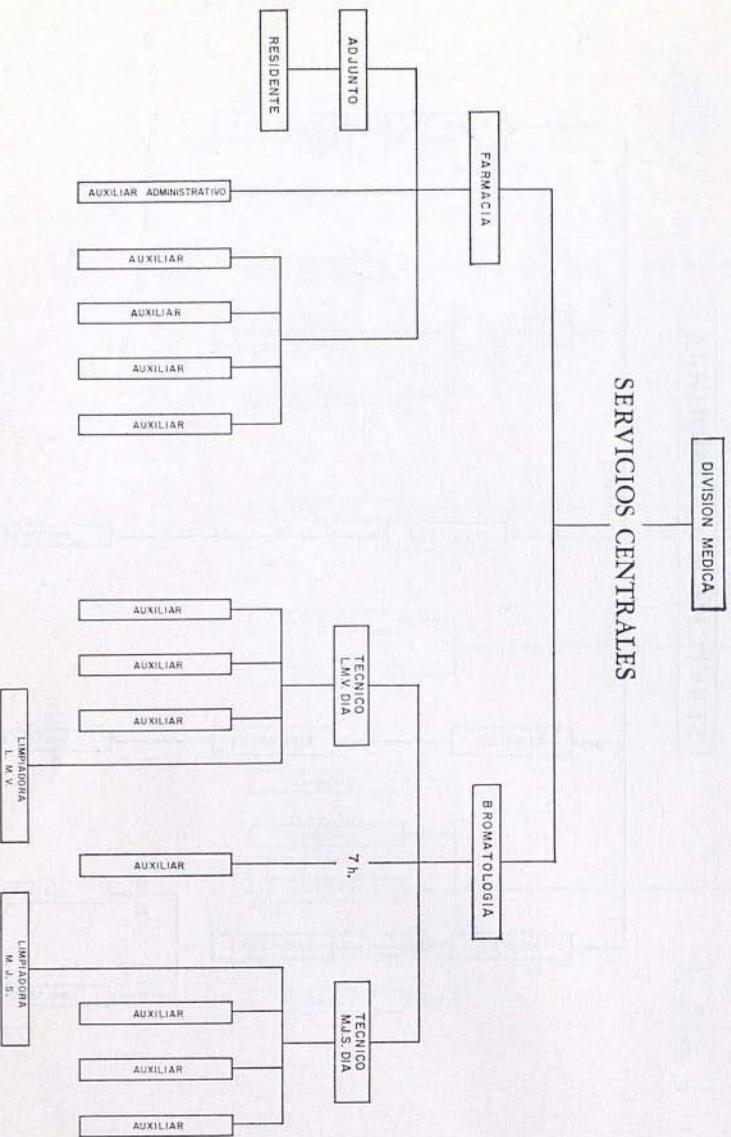
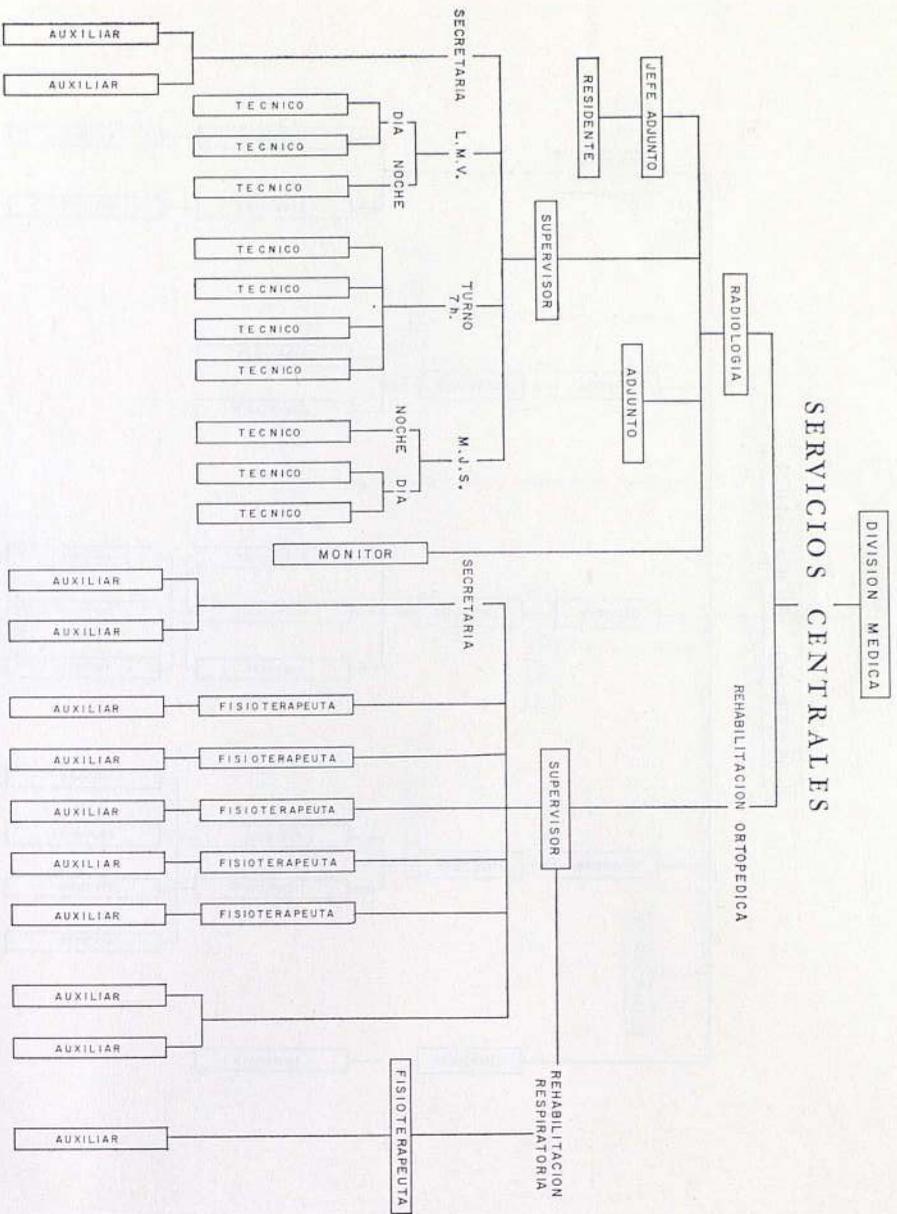




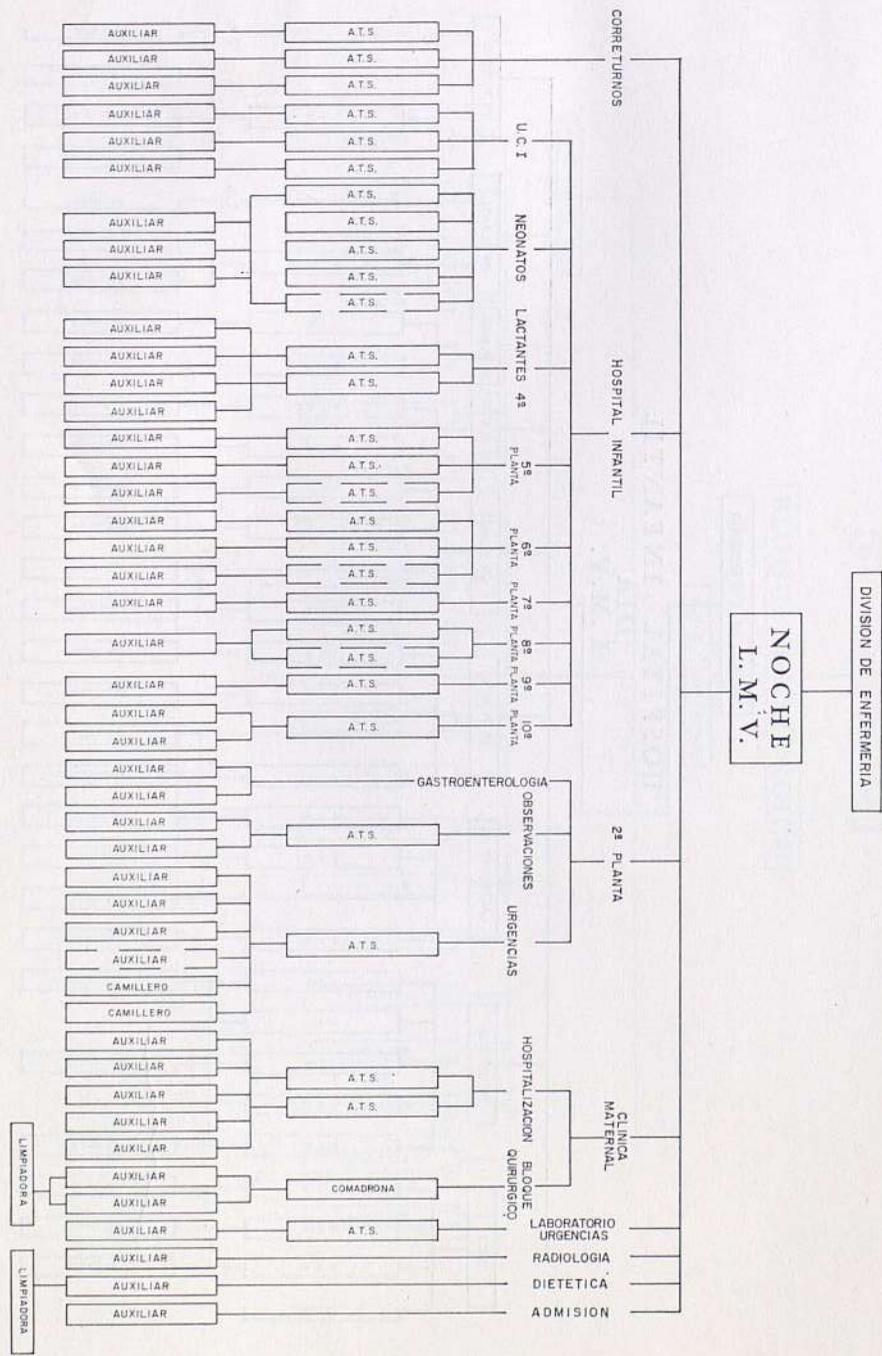
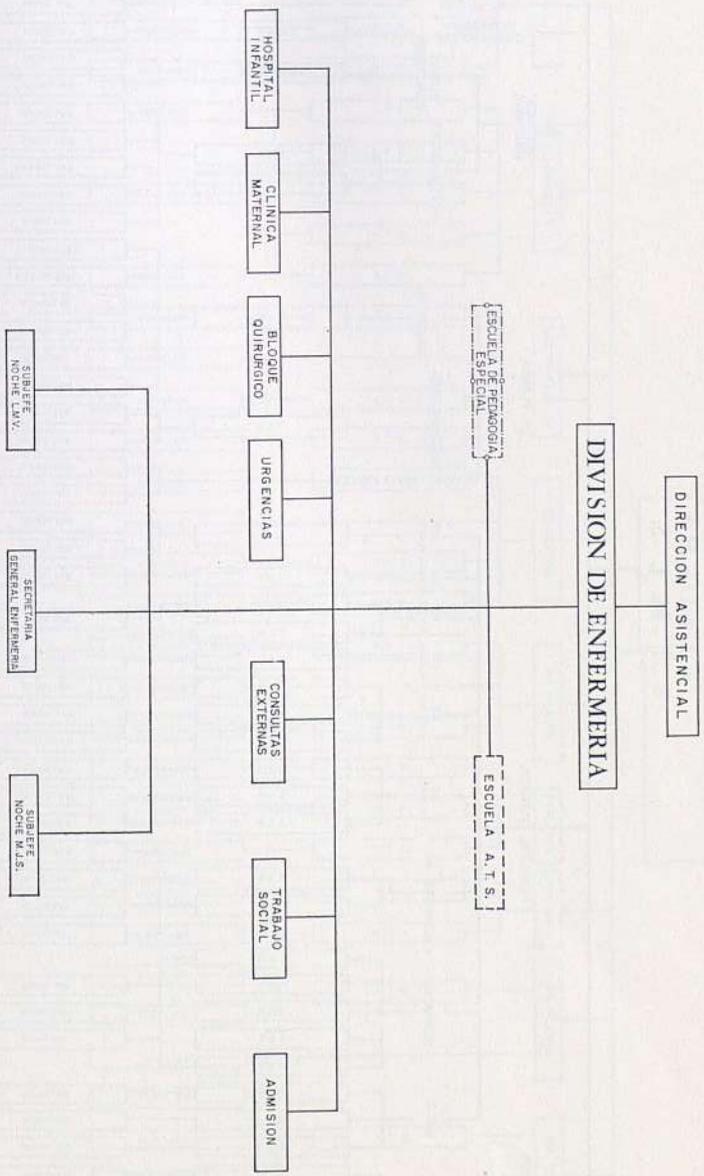


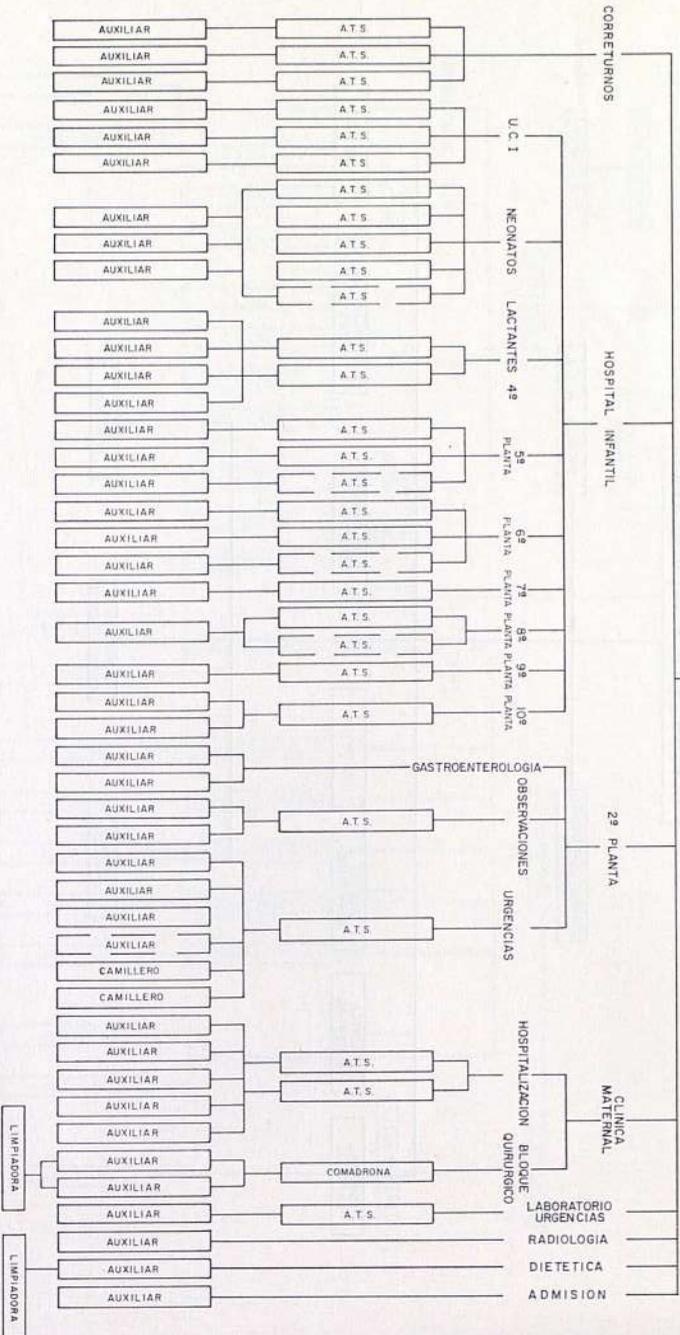
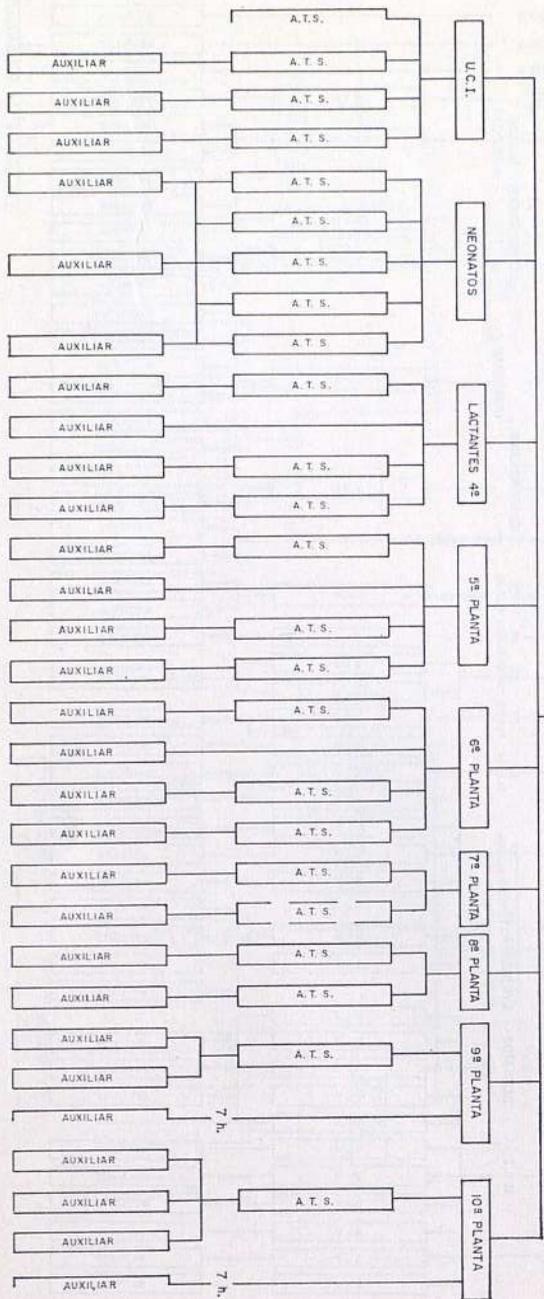


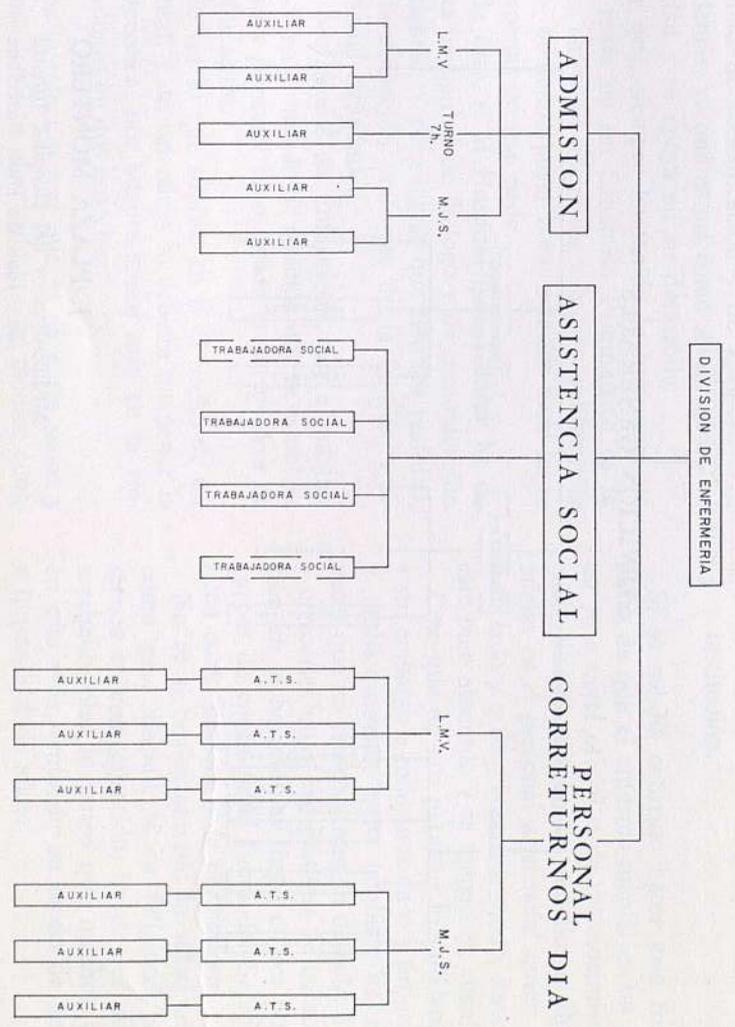
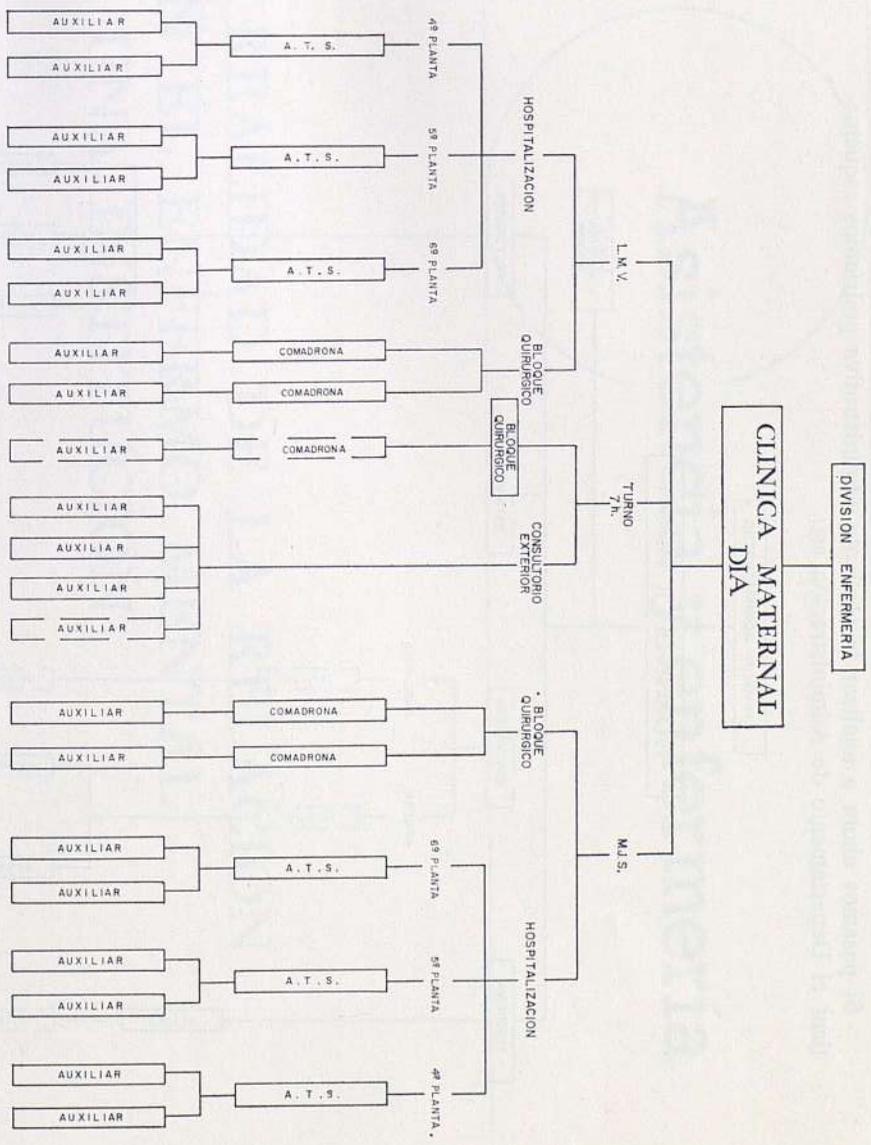




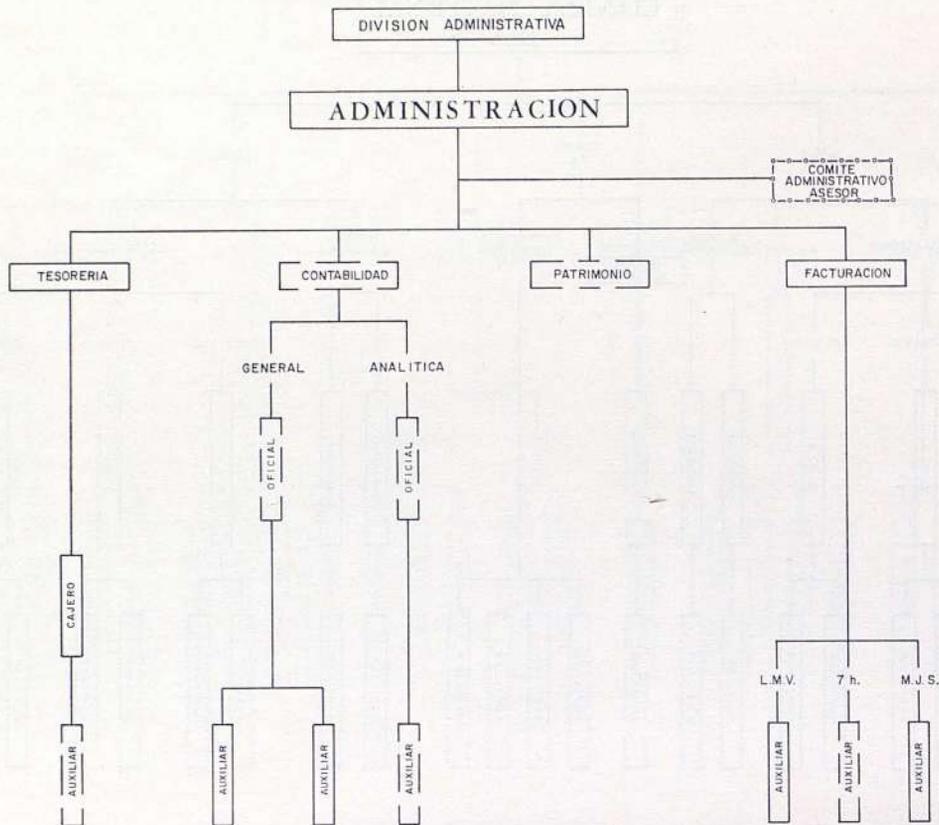
Asimismo analicemos las líneas de dependencia de la División de Enfermería:



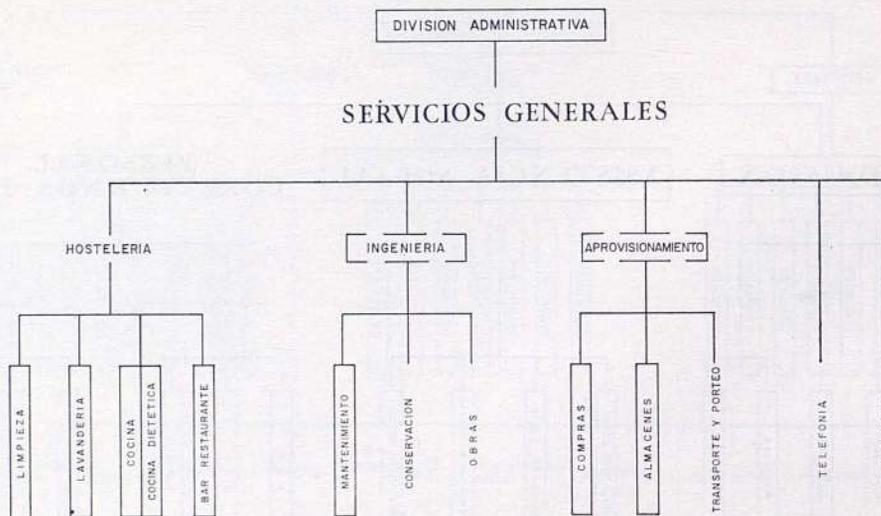




Si pasamos ahora a analizar la vertiente administrativa podríamos esquematizar el Departamento de Administración así:



y el Departamento de Servicios Generales así:



J. PLAZA MONTERO

Médico-director del Hospital Infantil
San Juan de Dios, Barcelona

Asistencia y enfermería

LA REALIDAD DE LA RELACION CON EL ENFERMO MENTAL EN UNA INSTITUCION

INTRODUCCION

Creo que todo lo relacionado con el mundo del enfermo mental es triste y apasionante, desgarrador y atractivo pero, sobre todo, es muy complejo y difícil.

Una de las cosas más grandes que tiene el ser humano es su capacidad de comunicación y de apertura a la vida de los demás, ya que es así como se enriquece en su personalidad y se apoya en su desarrollo.

No sé por qué, siempre he tenido la impresión de que lo más triste de un Sanatorio Psiquiátrico es la cercanía física entre sus miembros y la gran indiferencia que se tienen, pudiendo pasar horas estando unos junto a otros, sin apenas decirse nada.

A partir de esto, si el Hospital quiere curar ha de recuperar esta capacidad de diálogo y de comunicación entre los pacientes. Y para lograr que esto sea realidad, se requiere la actuación uniforme de la familia, residentes y personal terapéutico.

Yo, como profesional de Enfermería, voy a intentar entrar un poco en el mundo de relación que se establece entre *enfermo y personal sano*, desde la perspectiva de los *pretendidos sanos*.

Después de ver lo que supone en sí el hecho de ser enfermo mental, y de ver cómo se debiera mantener la relación terapéutica, nos adentraremos más en la realidad apoyándonos en dos aspectos:

- Cuál es la relación real que se da entre sanos y enfermos (análisis efectuado por un médico cono-

cedor de la realidad de varios pabellones del sanatorio).

- Enumeración de algunos de los factores que más dificultan en los *terapeutas* (médico, asistente social, personal asistencial) su relación con el enfermo crónico con el que convive en el marco de una institución.

Si se me ha ocurrido hacer este trabajo es porque parto de que el enfermo mental es un grave problema, no ya a nivel oficial o de reconocimiento de sus derechos, sino porque en las actuales instituciones manicomiales es el personal asistencial quien está todo el día a su lado y quien, en cierto modo, hace que el enfermo esté bien atendido y se tengan en cuenta sus opiniones.

Creo que no nos paramos lo suficiente a escucharlos, y sin embargo a todos nos da por programar actividades y desbloquearlos, pero también he pensado muchas veces que no tenemos ningún derecho a *jugar a curarles* y ofrecerles unas expectativas de curación o rehabilitación en el hospital, si luego no les posibilitamos unos cauces de continuidad fuera del Sanatorio que le realicen como persona y *le normalicen*.

No sé si hemos entrado lo suficiente en su mundo, como para decidir si su *felicidad manicomial* o al menos su compensación, ha de ser objeto de cambio, arrebatándoles lo único que muchos valoran o tienen en esta vida, fruto de un modo de hacer institucional e impersonal de años.

¿Acaso, no tienen derecho a querer permanecer en el Sanatorio, antes que salir a la sociedad que les ha marginado y que no les ofrece nada?

DATOS A TENER EN CUENTA

La estructura del Sanatorio Psiquiátrico que nos sirve de referencia, se podría calificar de excesivamente vieja, y por tanto, poco funcional: dormitorios de 50 camas sin separaciones, 1 comedor para 130, poco espacio para sala de estar...

3 pabellones son de 1895.

Otros son de principios de siglo.

Sólo 2 pabellones son posteriores a 1950.

Hay uno nuevo ya inaugurado, otro muy avanzadas las obras, y un tercero que se acaba de derribar para, en su solar, levantar otro de moderna construcción.

Hay otros aspectos que son positivos: gran zona ajardinada hábil para pasear, cafetería, emisora de radio.

Actualmente hay capacidad para 1000 camas distribuidas:

76 para Clínica Agudos y Militares
40 para Geriatria
32 para Enfermería Somática
255 para Subnormales
597 para «enfermos crónicos»

CLASIFICACIÓN POR DIAGNÓSTICOS

Oligofrénicos	22,2 %
Esquizofrénicos	59,4 %
Epilépticos	6 %
Alcohólicos	6,3 %
Varios (PGP, psicopatías)	6,1 %

ESTADO CIVIL

Solteros	82,3 %
Casados	17,7 %

TIEMPO DE ESTANCIA

(datos obtenidos sobre cuatro pabellones)

De 0 a 10 años	27,4 %
De 11 a 20 años	32,5 %
De 21 a 30 años	24,7 %
De 31 a 40 años	13,2 %
De 41 a 50 años	2,2 %

CLASIFICACIÓN POR EDADES

(datos obtenidos sobre cuatro pabellones)

De 20 a 30 años	4,5 %
De 31 a 40 años	15,6 %
De 41 a 50 años	27,5 %
De 51 a 60 años	33,7 %
De 61 a 70 años	13,5 %
Más de 70 años	5,2 %

LUGAR DE PROCEDENCIA

(aunque estos datos están obtenidos a partir de sólo dos pabellones, y no pueden ser tomados como definitivos, los pongo aquí para ampliar un poco la visión del Hospital)

De Cataluña	55,7 %
De Aragón	10,8 %
De Andalucía	15,5 %
De Castilla	6,3 %
De Murcia	3,9 %
De Valencia	3,3 %
Otras	4,5 %

QUE SUPONE EL INGRESO, Y UNA ESTANCIA PROLONGADA, EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Previo a la situación de internamiento del enfermo mental, hay que hacer unos cuestionamientos sobre la aparición de la enfermedad mental que inciden en el ambiente socio-familiar, y que hacen que sea traumatizante a este nivel:

- La enfermedad mental incide y desequilibra la estructura familiar y social: la figura del enfermo suele deteriorarse, asumiendo su rol otro personaje (social y familiarmente, por tanto, queda anulada su personalidad).
- Por la estructura social y asistencial la enfermedad mental no puede detectarse ni tratarse desde su aparición (no hay centros de higiene mental ni Seguridad Social que la atiendan). El tratamiento suele incidir cuando ya se ha producido una evolución de la enfermedad y, en ocasiones, el primer tratamiento es el internamiento.
- Lamentablemente todavía la enfermedad tiene la carga ancestral de lo tabú y en alguna manera vergonzoso; su carga empírica de peligrosidad hace que cuando, tras mucho esfuerzo, se consigue internar al enfermo, el internamiento se viva como una liberación familiar («un descanso») y se considere de perpetuidad.

Ya en el internamiento, la familia se sentirá liberada (y en muchos casos merecidamente) y, apoyada en la actitud de la institución que de alguna manera, limita la continuidad de la relación familiar (limita las horas de visita) y no obligan a un compromiso y colaboración de la misma en el tratamiento; así, se irán olvidando del paciente, que pierde su sitio familiar y social, condenándolo a serlo de por vida, en ocasiones más por causas de tipo social que meramente psiquiátricas.

En el internamiento el enfermo mental pasa a ser un sujeto pasivo: con olvido de su personalidad-individualidad, siendo la familia, sociedad y terapeutas quienes asumen su responsabilidad y decisión, asignándole un puesto al que deberá adaptarse. Se diría que está en

manos de los otros (referido desde el aspecto de la legislación vigente, formas de ingreso, salida de alta, siempre condicionada a que alguien se responsabilice).

En general, consideramos a los enfermos mentales, no como seres que necesitan una atención terapéutica más o menos transitoria, sino como seres distintos a los que se necesita separar de la sociedad.

El Dr. Carlos Castilla del Pino lo expresa muy clara y crudamente cuando dice: «El loco, en virtud de su sinrazón aunque sea en parte, es visto como un carente de razón en todo, y la consecuencia inevitable de ello es su tratamiento como cosa, como ser vivo al que puede tratarse como si fuera cosa, y con el que, naturalmente, no hay que contar, por lo menos demasiado».

Y es así como después de 5, 10, 20 años en instituciones manicomiales se encuentra el paciente; ¿qué queda de la personalidad de quien un día ingresó?

- Su familia tranquila («hemos hecho todo lo que hemos podido»), cumpliendo con las visitas semanales o mensuales.
Peor suerte «corren» cuando les desaparece la madre, y se empieza a distanciar la relación afectiva-familiar.
- El propio desinterés del paciente, real y efectivo, por luchar para hacerse con un puesto en la sociedad, cuando en la mayoría de los casos han conseguido un *status* y un *modus vivendi* que les posibilitan sus necesidades más urgentes: salir, no tener preocupaciones de empleo, familiares, etc.
- También es cierto que les fueron anuladas sus ilusiones y esperanzas de ser ellos mismos, y en relación con su ambiente y conocidos.

Y mientras, los *terapeutas* aceptamos organizar y planificar la vida de aquellos que *no son capaces de vivir normalmente*.

¿Cómo les hacemos vivir: como nosotros creemos que lo debieran hacer, o como quieren ellos vivir? (creo que hay aquí un problema bastante desbordante hoy para la Enfermería Psiquiátrica, ya que según la opción que se tome, lo único que estaremos haciendo será *no tener en cuenta las necesidades del paciente* y creernos que le estamos ayudando).

Así es la realidad, la triste realidad, que necesita ser cuestionada vitalmente por los profesionales de la salud, la familia, la sociedad y el propio enfermo.

TEORIA DE LAS RELACIONES ENTRE SANOS Y ENFERMOS PARA QUE SEAN TERAPEUTICAS

Habría que plantearlas entre el personal asistencial y los residentes, ya que no tiene *el sano* toda la salud y *el enfermo* toda la enfermedad; y es justamente esto lo que hace que muchas veces las relaciones entre ellos no sean terapéuticas.

Una relación es terapéutica cuando es correctora de las fantasías inconscientes del paciente (cuando un residente rompe un vaso y piensa que el cuidador al enterarse se pondrá como una *fiera* y le golpeará, esta impresión es una fantasía suya relativa al comportamiento de su propia figura de autoridad interna. Si el cuidador al enterarse, le dice tranquilamente que ya lo pagará cuando pueda, es evidente que efectúa una pequeña corrección de sus fantasías).

Con esta premisa, se puede ver cómo han de ser las relaciones en un pabellón de crónicos:

- Ha de haber relaciones (en la actualidad es imposible por la desproporción entre residentes y personal asistencial).
- Han de ser lo más numerosas posible, y teniendo el personal su rol bien claro (es diferente una corrección hecha por quien está cada día con ellos y la que puede efectuar alguien que vaya ocasionalmente: prácticas, etc.).
- El personal ha de tener resueltos sus problemas lo mejor posible. Se evitarían así muchas situaciones en que lo que se dice al paciente son *deseos míos* ante situaciones semejantes, pero que por lo que sea no los puedo manifestar (de *hacer la vista gorda*, de ocultar, de desprestigio).
- Respetuosa, igualitaria, individualizada.

REALIDAD DE LA RELACION ENTRE SANOS Y ENFERMOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Al plantear cuál es el tipo de relación que se establece entre los enfermos y el personal que teóricamente debe estar a su servicio como personal terapéutico que es, o debiera ser, no podemos olvidar como premisa primera lo que es un enfermo mental para dicho personal; cuál es el concepto que tiene de la locura, de sus causas, de sus manifestaciones y de las posibilidades que tenemos para aliviar estos trastornos.

Desgraciadamente son todavía imperantes en este terreno las falsas ideas, las interpretaciones erróneas, los prejuicios y conceptos establecidos, que por el solo hecho de estar en circulación, que no en vigencia, han alcanzado *carta de autenticidad*, veracidad y lo que es peor, de inmutabilidad.

Están demasiado extendidas, y no sólo entre la población general (no olvidemos que la mayoría de los auxiliares cuidadores no tienen otra formación ni otra información que la del hombre de la calle), sino que desgraciadamente entre el personal técnico, ideas tales como que es peor padecer una enfermedad nerviosa que una somática, que estas enfermedades son incurables e incluso inmodificables. De ahí, la resistencia que existe en ver a un psiquiatra o en acudir a un hospital especializado cuando el caso lo requiere, o el papel real de la sexualidad sobre la génesis de la enfermedad mental.

Todavía la enfermedad mental entre nosotros es un estigma más que un trastorno, más un castigo que una enfermedad, y en este aspecto ha sustituido a otras enfermedades de tan larga historia como la lepra o la sífilis.

El refranero español (cultura popular, saber del pueblo) está lleno de estas ideas: «el que con locura nace, con locura yace»; «quien con locos está cuerdo, está más loco que ellos».

Sin embargo, el desconocimiento de la verdadera naturaleza de la enfermedad mental choca con la realidad de la misma existencia de los locos, y de este hecho se produce una sensación de angustia, de miedo, de inseguridad, propia del momento en que nos enfrentamos con lo desconocido. Y es entonces cuando nos olvidamos de la regla de oro de la psiquiatría, la de «el arte de escuchar». Y es entonces cuando la ciencia pierde su más importante sentido: el de comprender al hombre.

Cuando no escuchamos, no comprendemos; cuando no comprendemos, nos angustiamos; y es entonces cuando ponemos en marcha toda una serie de mecanismos de defensa en nuestro propio Yo, destinados a disminuir la intensidad de esta angustia.

Y los mecanismos que empleamos son los más primarios, los menos elaborados: la negación, la represión y la destrucción.

Cuando no comprendemos negamos y destruimos el objeto de nuestra angustia, y ello nos lleva a una forma de comportamiento: el AUTORITARISMO, por el cual se rigen la mayoría de las relaciones entre el personal y el enfermo, en general. Y es entonces cuando los canales de comunicación se invierten: ya no van de enfermo a personal, sino que lo evitamos *mandando* información de personal-enfermo. Y el enfermo ya no habla, obedece, y en nosotros ha desaparecido la angustia al desaparecer el problema.

También aquí, desgraciadamente, el refranero nos da suficientes muestras sobre cómo debe tratarse a un enfermo mental: «...con la razón al sabio y al loco con el palo...»; «...al loco quitarle el palo, y si quiere acometer darle con él...»; «...la locura con disciplina se cura...».

Es evidente que esta situación, por otro lado mantenida e incluso auspiciada por las mismas estructuras que niegan al enfermo la posibilidad de la más mínima expresión incluso en cosas muy personales e íntimas, no puede cambiarse en un momento, ni mucho menos con facilidad, so pena de caer en el mismo problema que pretendemos solucionar: no podemos *mandar* que cambien las relaciones sino que éstas vuelvan a su sentido primitivo, fomentando la formación del personal, no tanto con clasificaciones de signos y síntomas (por sí mismas, falsas e inútiles), sino cambiando su actitud frente al enfermo; tratándole como un ser al que hay que ayudar y no que negar, como un individuo con problemas que necesita nuestra ayuda y comprensión

y no que lo mantengamos en un orden aparente y externo.

Y al paciente, sacarle de este estado de indiferencia y aislamiento de la realidad a que nuestra actitud le ha llevado, hasta el punto de anular completamente su personalidad y sus posibilidades como individuo.

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD DE LAS RELACIONES

Para plasmar más realmente cómo la relación con el enfermo mental crónico y en una Institución es difícil, aunque posible, voy a transcribir literalmente las opiniones que se han dado ante el enunciado: «*Señala los 3 ó 4 factores que más te dificultan una relación auténtica con el enfermo mental y una comprensión de su vida*».

He tratado de reflejar opiniones de personas que tienen un contacto directo con el enfermo, y buscando una variedad de años de estancia en el Centro y de profesiones (1 médico, 1 asistente social, 1 ATS, 2 estudiantes ATS, 5 auxiliares).

AUXILIAR. 2 años de trabajo

- El poco tiempo de que dispongo para estar con cada uno de ellos, intentando ayudarles en la medida que cada uno, a su manera, pide. Mi trabajo a duras penas debe limitarse al aseo del enfermo.
- Las discrepancias entre los mismos compañeros de trabajo frente a la forma de actuar, veo un equipo disgregado. No había trabajado nunca en equipo.
- La poca eficacia del trabajo que realizas minuto a minuto, durante ocho horas.
- La sensación general de desinterés general por este tipo de enfermo crónico (pabellón de subnormales profundos).

ASISTENTE SOCIAL. 3 años de trabajo

- La gran cantidad.
- Interferencias de otro tipo o de terceras personas (sobre todo en enfermos más conflictivos).
- De tipo personal en aquellos casos en que su pesadez o su constante deambulación me ponen *nervíosa*, aunque parto de que mi relación ha de ser respetuosa e igualitaria.

ESTUDIANTE ATS. 3 años de trabajo

- No dedicar tiempo a descubrir qué es aquello que necesitan.
- Considerarlos inferiores y no valorar sus intereses.
- No tener tiempo suficiente de relación con ellos.

AUXILIAR. 9 años de trabajo

- Los espasmos del epiléptico resultan algunos tan aparatosos, y su modo de conducta agresiva y recelosa, que la relación con ellos me resulta incómoda.
- La violencia y agresividad del alcohólico en estado ebrio.
- Lo que puede haber de fingido en la actitud del histérico, o su teatralidad.
- El mutismo neurótico hace sentir al paciente un marginado, una nulidad, dificultando toda clase de convivencia.

AUXILIAR. 39 años de trabajo

- Por carecer de una preparación psicológica para ello.
- No estar enfermo como ellos.
- Falta de colaboración y responsabilidad asistencial.
- Por ignorancia o abandono de la sociedad en la cooperación por estas necesidades.

MÉDICO. 1 año de trabajo

- Tanto por la demanda del enfermo como por la posición del *sano*, la postura del terapeuta puede ser:
 - a) maternal (cura de apoyo);
 - b) paternal (actuación tutelar insistiendo en lo relativo a los límites de la realidad);
 - c) analítica (se consigue la verdadera cura).
- *Factor tiempo*: en una institución manicomial en la que predominan los psicóticos, el tiempo, limitado y fijo para cada entrevista es un factor en contra para conseguir una comunicación terapéutica.
- La disparidad de opiniones y criterios frente a un mismo hecho: la enfermedad mental.
- la exigencia, en ocasiones, por parte de la sociedad hacia el médico psiquiatra de que éste deje de actuar con una finalidad curativo-preventiva de la salud mental, para que actúe como defensor de la paz *extramuros* reteniendo y reduciendo farmacológicamente a individuos que no son propiamente *enfermos*.

AUXILIAR. 3 años de trabajo

- Falta de motivaciones para con mi trabajo, de tipo moral y psicológico.
- Considerarle como un enfermo crónico y no recuperable para la sociedad; se tiene menos afán al realizar el trabajo, ya que piensas que casi nunca conseguirás que lo que haces dé el fruto apetecido de reintegrar al enfermo con plenas garantías a la sociedad.
- El poco conocimiento de la enfermedad en sí, y la poca preparación tanto teórica como práctica

de cómo tratar al enfermo en las diferentes fases de su proceso.

- Siempre considero al enfermo como inferior a mí, y creo que es una actitud muy usual entre el servicio de cuidadores. Así el enfermo nos mira más con miedo y respeto que con cariño.

AUXILIAR. 14 años de trabajo

- Desconocimiento de su proceso clínico anterior a mi primer encuentro con él.
- Libertad de relaciones directas con el enfermo y familiares.
- No tener unas funciones específicas y responsabilidad con un margen de coordinación para realizar mi trabajo.
- Dificultades de relación en el equipo terapéutico: facultativos, asistente social y personal de enfermería.

ESTUDIANTE ATS. 2 años de trabajo

- Ausencia de un planteamiento de asistencia psiquiátrica, confundiéndose y entremezclándose mantenimiento del orden y terapia, llegando a extremos en que el mantenimiento del orden es la única terapia.
- Institucionalización del personal auxiliar en su trabajo que limita las relaciones con el enfermo a *superior-inferior, suficiente-dependiente*, bien por propia constitución personal, por muchos años de trabajo o por la propia cronicidad de los enfermos.
- Los enfermos con muchos años de estancia están cronificados y han reducido su mundo a estas cuatro paredes, tomando una actitud de acomodamiento, en la medida que la institución les ofrece, con lo cual las relaciones van orientadas a crear vínculos de dependencia por propia inercia.
- Por todo esto, me resulta difícil conseguir llegar hasta ellos, pero sobre todo el ponerme en su situación sin olvidar la mía; y ésta es la única forma de terapia que considero válida a nivel individual en el trato con el enfermo.

ATS. 4 años de trabajo

- En los más cronificados me es muy difícil establecer una relación con ellos (hay excepciones). Quizás es debido por lo marginado que están (y se les tiene).
- Al cabo de un tiempo de relación, hay una pesadez en ciertos enfermos; influye su estado, sus diálogos hechos.

BENJAMIN PAMPLONA

Pastoral hospitalaria

LA COMUNIDAD CRISTIANA DEL HOSPITAL HA DE ESTAR PRESENTE EN EL MISMO

PREOCUPACION POR EL ENFERMO

El centro de atención de cuantos trabajan en el hospital debe ser el enfermo: si el hospital existe es por él; si los médicos y enfermeras desarrollan su profesión es en su servicio; si el religioso o la religiosa sanitarios viven su consagración específica es a través de él.

Por ello, el hospital es como un mundo en pequeño, un mundo complejo; es como el ambiente donde muchas personas se encuentran para ejercer juntas un determinado servicio.

El mensaje del Vaticano II refleja esta misma preocupación:

«Cristo no suprimió el sufrimiento, tampoco ha querido desvelar enteramente el misterio... Tened ánimo, no estáis solos, ni separados, ni abandonados, ni inútiles: sois los llamados por Cristo, su viva y transparente imagen...»

Esta preocupación por el enfermo es insistente y casi machacona cuando el Concilio Vaticano II orienta a los sacerdotes en su ministerio pastoral:

«En cumplimiento de su deber de pastores, procuren ante todo los párrocos conocer a su propio rebaño... Visiten, consiguientemente, las casas y las escuelas, traten con paternal caridad a los pobres y enfermos» (CD. 30).

«Al obispo corresponde suscitar en su pueblo, sobre todo entre los enfermos y oprimidos por la

desgracia, almas que ofrezcan a Dios oraciones y obras de penitencia con generoso corazón por la evangelización del mundo» (AG. 38).

«Llevados de espíritu fraterno, no olviden los presbíteros la hospitalidad, cultiven la beneficencia y comunión de bienes, solícitos señaladamente de los enfermos, afligidos, cargados en exceso de trabajos, solitarios, desterrados de su patria, así como de quienes son víctimas de la persecución...» (PO. 8).

«Pero si es cierto que los presbíteros se deben a todos, de modo particular, sin embargo, se les encomiendan los pobres y los más débiles... Tengan la mayor solicitud por los enfermos y moribundos, visitándolos y confortándolos en el Señor» (PO. 6).

«Enséñeseles a los alumnos a buscar a Cristo en la fiel meditación de la palabra de Dios, en el obispo que les envía, y en los hombres a quienes son enviados, principalmente en los pobres, los enfermos, los pecadores y los incrédulos» (OT. 8).

(AA. 8; PC. 10; LG. 28; 46)

TODOS UNIDOS EN ESTA PREOCUPACION

El hospital es una unidad y todo cuanto en él se realiza ha de estar coordinado. La acción médica, social y espiritual deben tener como fin restablecer el hombre en su totalidad: no existen divisiones, no podemos obrar aisladamente. Hoy todo se organiza, todo

se coordina, y en esta coordinación todas las fuerzas, todas las personas tienen su valor.

Quizá en ningún lugar mejor que en el hospital tenga cabida el apostolado en colaboración, la pastoral de conjunto, donde participan todos: sacerdotes, médicos, religiosas y laicos. Es el objetivo que debe imponerse todo hospital, si quiere ser altamente eficaz.

A esta labor están llamados todos, porque todos, directa o indirectamente, servimos a uno solo: al enfermo. Además, porque la vocación cristiana, por su misma naturaleza es vocación al apostolado; todo el esfuerzo del Cuerpo Místico se llama apostolado, todos sus miembros han de comportarse de forma activa (AA. 2). A todos se impone el deber de trabajar para que el mensaje de salvación llegue a todos. Los cristianos tienen su derecho y su deber al apostolado por la unión con Cristo-Cabeza; a él están insertos por el bautismo y han sido robustecidos por la confirmación (AA. 3). Y es preciso que todos contribuyan a la expansión del Reino de Dios en el mundo (LG. 35).

«Urjase diligentemente el deber que tienen los fieles de ejercer el apostolado de acuerdo con la condición y aptitud de cada uno, y encarézcaseles que tomen parte y ayuden a las varias obras del apostolado de los laicos...» (CD. 17).

«La misión de la Iglesia tiene como fin la salvación de los hombres..., y los seglares tienen que desempeñar también un papel importante para ser cooperadores de la verdad (III. Jn. 8). En este orden sobre todo se complementan mutuamente el apostolado seglar y el ministerio pastoral... El mismo testimonio de la vida cristiana y las obras buenas realizadas con espíritu sobrenatural tienen eficacia para atraer a los hombres hacia la fe y hacia Dios...

Este apostolado, sin embargo, no consiste sólo en el testimonio de la vida. El verdadero apóstol busca ocasiones para anunciar a Cristo con la palabra, ya a los no creyentes, para llevarlos a la fe; ya a los fieles, para instruirlos, confirmarlos y estimularlos a mayor fervor de vida...» (AA. 6).

Pero donde el apostolado adquiere el supremo distintivo es en la caridad; ahí tiene su origen y su fuerza. El personal sanitario, sobre todo ha de ser sensible a ello, ha de saber valorarlo y darle vida. Magnífico programa el que propone el Concilio a este respecto:

«El mandato supremo de la ley es amar a Dios de todo corazón y al prójimo como a sí mismo (Mt. 22, 37). Cristo hizo suyo este mandamiento del amor al prójimo y lo enriqueció con un nuevo sentido al querer identificarse él mismo con los hermanos como objeto único de la caridad, diciendo: Cuantas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis (Mt. 25, 40); y estableció la caridad como distintivo de sus discípulos con estas pala-

bras: En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros (Jn. 13, 35). Por lo cual, la misericordia para con los necesitados y los enfermos y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con singular honor» (AA. 8).

El Concilio exhorta vivamente a la unidad de fuerzas entre sacerdotes, religiosos y laicos, bajo la guía del obispo:

«Foméntense las varias formas de apostolado y, en toda la diócesis o en regiones especiales de ella, la coordinación e íntima conexión de todas las obras de apostolado bajo la dirección del obispo...» (CD. 27; 17; 30; AG. 30; ES. 25-39).

«Cada cristiano está llamado a ejercer el apostolado individual en las variadas circunstancias de su vida; recuerde, sin embargo, que el hombre es social por naturaleza y que Dios ha querido unir a los creyentes en Cristo en el Pueblo de Dios (I. Pot. 2, 5-10) y en un solo cuerpo (I. Cor. 12, 12). Por consiguiente, el apostolado organizado responde adecuadamente a las exigencias humanas y cristianas de los fieles... Por eso, los cristianos han de ejercer el apostolado aunando sus esfuerzos» (AA. 18).

DIFICULTADES PARA ESTA PRESENCIA COMUNITARIA

Peligros globales en el campo hospitalario

- Desarrollo de una mentalidad puramente técnica.
- No tener tiempo para las personas.
- Tensiones entre lo inmediato y sus causas; entre lo ideológico y lo estructural.

Cambios referentes al enfermo

- Hoy se concibe el valor *salud* de forma distinta.
- Existen nuevas y mayores posibilidades de curación.
- Se consuman más actos médicos.

Cambios referentes al personal sanitario

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

El hospital y la ciudad

- Antes el hospital era creación de entes privados (Ordenes Religiosas, Iglesia...) que hacían labor de suplencia al Estado.
- Hoy el Estado interviene en el hospital ya que éste es considerado como un servicio público.

Dificultad proveniente de la falta de colaboración

Hoy todo se organiza; el hombre siente gran tendencia a agruparse; es necesario romper los individualismos y trabajar unidos. Pero este trabajo en colaboración exige un tiempo de rodaje, un gran esfuerzo y tropieza también con no pocos obstáculos:

- porque nuestra mentalidad no acoge el derecho de iniciativa que incumbe a todos;
- porque no estamos convencidos de que todos pueden contribuir y aportar algo;
- porque no sabemos renunciar a determinadas posturas de autoridad;
- porque nos falta sentido de comprensión;
- y porque no sabemos insertarnos en una acción comunitaria.

ES POSIBLE REALIZAR UNA PRESENCIA COMUNITARIA

1. Si estamos convencidos de que el bien es fruto de la gracia de Dios, pero pide nuestra colaboración (PC. 8; AA. 4).

2. Si tenemos ideas claras respecto a la libertad y dignidad de la persona humana.

3. Si estamos convencidos de que los triunfos, los buenos resultados, son fruto de toda la comunidad sanitaria.

Todo lo que sirve para mantener la unión entre todos los que trabajan en la institución hospitalaria, sirve grandemente a la presencia pastoral; es indispensable, ya que un solo elemento puede destruir el trabajo de los otros.

4. Conviene sensibilizar a los cristianos que trabajan en el hospital sobre el sentido de su presencia y apostolado en el medio sanitario; no puede limitarse a un servicio técnico-profesional.

5. Igualmente deberá saber el personal religioso que trabaja en el hospital que no podrá inspirar e infundir al personal laico el espíritu apostólico para una eficaz colaboración, si dominando los medios técnicos no los vivifica del espíritu del Evangelio.

EL SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL COMO SIGNO, EXPRESION Y ESTIMULO DE ESTA PRESENCIA

Hemos de ir desmontando la idea de que ya se hace pastoral en el hospital porque hemos puesto un capellán. Sin la colaboración de los creyentes, si no hay testimonio colectivo, la actividad de un capellán por muy emprendedor que sea se queda en una actividad muy bonita, pero personal.

Es preciso colaborar y hacerlo con sinceridad, con lealtad en palabras y gestos, con perseverancia; con aceptación mutua, con responsabilidad cristiana y en la misma línea pastoral.

Esta colaboración precisa:

a) *Conocimiento de lo que es la Pastoral Hospitalaria:*

- Ir creando conciencia de lo que no es.
- Ir redescubriendo pistas de lo que debe ser. Esto es una tarea lenta y debe ser realizada en común.

b) Creación de un servicio religioso a la altura que precisa el hospital: moderno, activo, iluminador de situaciones:

REQUISITOS

a) Dicho servicio dispondrá de los medios suficientes —personas y cosas— para que la acción llegue a todos los usuarios.

b) La labor del servicio va dirigida fundamentalmente en estas direcciones:

ATENCIÓN AL PERSONAL SANITARIO —religioso y laico

- Con el primero, la atención vendrá marcada en muchas ocasiones; otras habrá que ir descubriendo.
- Con los laicos puede prestarse un servicio a nivel de relación personal y a nivel de descubrimiento de grupos de militantes y de reflexión cristiana... Es desde ahí como podrá potenciarse la Pastoral en el hospital a través de una correcta colaboración.
- Formación continuada.

ATENCIÓN A LOS ENFERMOS

- Visita periódica.
- Servicio sacramental.
- Utilización de medios.
- Relación con familiares.

ATENCIÓN EXTRA-HOSPITALARIA

- Coordinación con la parroquia.
- Coordinación con los capellanes de la diócesis...

c) A un hospital moderno corresponde también una presencia pastoral de cuño moderno; una pastoral que tenga presentes las líneas globales del desarrollo del hospital; una pastoral que no pierda de vista su cometido concreto: *Anunciar el Evangelio*. Evangelio que es para el creyente liberación, salvación, llamada al desarrollo, esencialmente comunitario y abarca al hombre total.

Es desde estas bases cómo debe intentarse una actuación práctica en el servicio religioso, teniendo presentes los objetivos, conociendo lo más posible a las personas a quienes se dirige el mensaje y utilizando unos medios aptos, modernos, capaces de interrogar. Creo, por tanto, que debe moverse en estas líneas:

- PLANIFICAR
- EJECUTAR
- COORDINAR
- COLABORAR
- EVALUAR

REFLEXION CRISTIANA PARA CREYENTES

Somos profesionales —cristianos todos— metidos en el hospital; podrán ser muchas y variadas las motivaciones por las cuales estamos, pero hay algo que a todos nos une: el servicio a los enfermos. Pero también es verdad que no podemos caer en un profesionalismo. Por ello es necesario estimular, motivar a los profesionales para que la ciencia vaya acompañada de dedicación, vocación y vida.

Cada uno desde nuestro puesto de trabajo vamos a entrar plenamente en el mundo del dolor, en un mundo lleno de necesidades, y por ello vamos a poder participar en los sufrimientos y miserias de los demás y se nos ofrece igualmente la oportunidad de aliviar su dolor y angustia.

Pero hay algo más fuerte y exigente para el profesional cristiano que está al servicio de los enfermos, y es que se nos urge a que salgamos de nuestros pequeños círculos de acción y comulguemos con todos los hombres para ofrecerles oportunidades de liberación y salvación:

- No podemos pasar de largo ante tantos hermanos tirados en el camino (Lc. 10).
- No podemos permanecer indiferentes en medio de un mundo de odio y opresión (mundo de los analfabetos, de los sin trabajo, sin viviendas dig-

nas, enfermos, marginados; un mundo que se siente fuertemente tentado, que ha creado sus ídolos para entretenerse, evadirse, para no pensar: la materia, los sentidos, el poder).

El amor a Dios y a los hermanos debe romper nuestras vidas satisfechas para vivir la solidaridad con los desfavorecidos, los oprimidos, los necesitados y los enfermos; entonces nuestra sal no habrá perdido su sabor; nuestra luz brillará y nuestra levadura fermentará.

Necesitamos en nuestro mundo hombres que sean:

- *Revolucionarios* por la entrega y el servicio.
- *Contestatarios* por la vida y la denuncia.
- Nos hacen falta *santos*, hombres fieles, responsables y auténticos.
- Nos hacen falta *hombres que estén en continuo diálogo* con toda la familia humana, pero penetrados de fe, esperanza y caridad.

Sólo desde esta visión teologal comprenderemos el sentido del sufrimiento de tantos hombres, caminaremos a una dimensión liberadora y nos ceñiremos gozosos a Jesús en este sentido de com-padecer y con-llevar los sufrimientos.

No se trata de saber a quiénes tenemos que amar, sino de darnos cuenta de que todos tienen derecho a nuestro amor. Acercándonos con amor anularemos las distancias. Lo que hace falta es adivinar el gesto exacto, precisamente el del Samaritano, ya que la parábola nos descubre que siempre hay un prójimo junto a nosotros y por ello debe darse también un Samaritano, un Buen Samaritano que descubre al hombre y le sirve, le respeta, lo hace avanzar, le hace feliz.

Descubrir al hombre es descubrir el amor; amor que a todos impulsa, es creador. Amor que arranca de Dios que nos ama a todos, que se entrega a todos los hombres y nos ofrece la oportunidad de entregarlo a los demás. Si como cristianos hemos recibido este amor de Dios, no podemos ser acaparadores, egoístas; se nos da para entregarlo, para compartirlo:

- Estuve hambriento, sediento, desnudo, encarcelado, enfermo...
- ¿Qué hemos hecho de los pobres?

Los necesitados, los enfermos, no necesitan nuestro dinero, nuestra piedad, porque en ocasiones les humilla; es posible que a veces tampoco necesiten nuestra ciencia; pero siempre —*siempre*— necesitan nuestro amor.

a) Amor que infunde respeto, que da esperanza, que hace luchar;

b) Amor que es intérprete de las necesidades, denunciador de las injusticias.

- Nunca humilla, siempre levanta.
- Es cercanía, gozo, servicio.

Nuestro servicio a los enfermos está urgiéndonos, pues, que seamos signos de la vida humanizadora del Espíritu: amor, alegría, paz, paciencia, bondad, fidelidad (Gál. 5, 22), en contra del clima de deshumanización en el que a veces caemos y sucumbimos.

Nuestro servicio al hombre que sufre exige de nosotros una vocación que se traduzca en dedicación, entrega, respeto y amor.

«El más hondo fundamento de la Medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos.

BIBLIOGRAFIA PARA UNA ASISTENCIA INTEGRAL AL ENFERMO

- LAIN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*. Ed. Revista de Occidente.
— *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray.
— *Teoría y realidad del otro* (dos tomos. Ed. Revista Occidente).
- COTINAUD: *Elementos de Psicología para enfermeras*. Ed. Sígueme, Salamanca.
- VAN DEN BERG: *Psicología del enfermo postrado en cama*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires.
- LUCIEN ISRAEL: *El médico frente al enfermo*. Ed. Los libros de la Frontera.
- MOOR: *Elementos de psicología médica*. Ed. Toray.
- JORES: *El hombre y su enfermedad*. Ed. Labor.
- E. BARNES: *Les relations humaines a l'hôpital*. Privat, éditeur.
- SCHRAML: *Pour u hôpital humain*. Ed. Salvator-Mulhouso. Paris.
- FOTOMONTAJE-AUDIOVISUALES: *El enfermo en el hospital*.
— *El enfermo minusválido a domicilio*.
- COX: *La ciudad secular*. Ed. Península.
— *Las fiestas de locos*. Ed. Taurus.
- FROMM: *La revolución de la esperanza*.
- FOTOMONTAJE-AUDIOVISUALES: *Una sociedad en cambio. Vaqueros. El hombre que no era hombre*.
- HÄRING: *Moral y medicina*. Ed. Perpetuo Socorro, Madrid.
- SPORKEN: *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino, Estella.
- VARIOS: *Experimentos con el hombre*. Ed. Sal Terrae, Santander.
- VARIOS: *Diccionario enciclopédico de teología moral*.
- SPARTACO: *Informe sobre la droga*. Ed. Sígueme, Salamanca.
- FIUME-DEL MÓNACO: *Toxicomanías*. Ed. Paulinas.
- VARIOS: *Pastoral Sanitaria*. Ed. PPC, Madrid.
- ORTEMAN: *El sacramento de los enfermos*. Ed. Marova.
- REDRADO: *Presencia cristiana en clínicas y hospitales*. Ed. PPC.
- FOTOMONTAJE-AUDIOVISUALES: *Andrés y María* (sobre las relaciones prematrimoniales).
— *¿Ahora, un niño?* (sobre el control de natalidad).
— *Los anticonceptivos*.
— *El arte de ser pareja* (sobre el matrimonio).

HERMANO JOSE LUIS REDRADO, O.H.

EL VALOR DEL DOLOR

En la historia de la humanidad, nuestra liberación se llevó a cabo cuando el amor de Dios se hizo, por nosotros, dolor. En la historia personal de cada uno, nuestra contribución fundamental se da cada vez que nuestro dolor se hace amor por El. Cada dolor es un posible encuentro con Jesús Crucificado y Abandonado. Es una invitación a subir a la cruz con El. Así como participamos de un mismo alimento y de un mismo sacrificio, con la Eucaristía, igualmente participamos de un mismo amor, dolor y de una única cruz. Lo importante es que en esta cita tan decisiva con El no falte nuestro sí.

Es en el dolor cuando podemos amar a Dios con un amor puro, verdaderamente desinteresado. Y justamente por esto es un momento particularmente importante de nuestra vida.

Esta frase de san Pablo: «Voy completando en mi carne mortal lo que falta a las tribulaciones de Cristo», puede ayudarnos concretamente a vivirlo bien. La experiencia nos enseña que cuando se ignora o se olvida el significado del dolor —ya que de todos modos es imposible evitarlo— es muy fácil amargarse y desconcertarse. El miedo al dolor puede también impedirnos el amar a los hermanos, dar testimonio de la fe o vivir auténtica y coherentemente.

Mientras que afrontamos una inevitable realidad dolorosa, sabiendo que es dura, pero sabiendo también que es un encuentro con Jesús Abandonado. Cuando nos interesa solamente amarlo o, mejor dicho, devolverle el amor, el dolor muchas veces se transforma en amor, se supera, se vence. Pero no siempre hacemos así, desgraciadamente no siempre lo hacemos, por lo menos, hasta el fondo.

Quizá en este preciso momento podemos encontrar dentro de nosotros algún rincón en el que permanece algún dolor sin resolver, dejado a un lado de cualquier manera. Y justamente esto nos hace estar incómodos, nos corta las alas, nos impide movernos con libertad. Si es así, lo que tenemos que hacer es recoger bien cada uno de estos dolores, amando en ellos, ahora, en este momento, a ese Jesús Abandonado y Crucificado que quizás no habíamos reconocido o no habíamos tenido la fuerza de seguir, de aceptar y de abrazar totalmente. Consumiendo así, en el amor, cada dolor del presente o del pasado en Jesús Abandonado, volvemos a encontrar nuestra libertad y, a menudo, la plenitud de la alegría tal y como se realiza en aquellos que le siguen, según lo que El mismo nos ha prometido.

JORGE MARCOS.

Ciudad Nueva
Ferrer del Río, 3. Madrid 28

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

UN DEBER SAGRADO: PROTEGER Y FAVORECER SIEMPRE LA VIDA

En el mes de noviembre se celebró en Roma un Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología psicósomáticas. Participaron novecientos especialistas de todo el mundo. Se estudió el papel de la mujer en la sociedad contemporánea, examinando el tema *Estados emocionales y función generativa de la mujer*. Según declaró el Presidente del Congreso, doctor Carezza, catedrático de ginecología en la Universidad de Roma, con los estudios y debates congresuales se ha visto confirmado que el feto humano, desde los primeros estadios de su desarrollo, además de vivir una vida vegetativa, tiene una psicología completamente autónoma. Está ya demostrado que el feto, desde los primeros instantes de su vida intrauterina, ve, siente y reacciona a los estímulos a los que se somete a la gestante. El profesor Carezza declaró también que los congresistas habían solicitado una audiencia con el Papa porque «los temas en estudio plantean una problemática nueva, y en el momento en que nos disponemos a afrontarla, queremos la sabia orientación y la bendición del Santo Padre». La audiencia pontificia tuvo lugar el 19 de noviembre, y en el curso de la misma Pablo VI pronunció el siguiente discurso en francés.

Damos las gracias a vuestro Presidente, el profesor Carezza, y nos sentimos feliz al acoger y saludar hoy a los participantes en el V Congreso Internacional de obstetricia y ginecología psicósomáticas que se está celebrando actualmente en Roma.

LA EXCELSA MISION DEL MEDICO

Séanos permitido en primer lugar manifestar la estima de la Iglesia hacia vuestra profesión, que es de verdad una *misión* al servicio de la vida humana. En la investigación que lleváis a cabo en un terreno bien difícil, ante las responsabilidades que asumís cada vez que se os consulta sobre algún caso, en el interés que ponéis en hacer vuestros los problemas y las angustias de los que se confían a vuestros cuidados, encuentra una de sus más bellas expresiones el amor al prójimo, amor que el Señor dijo se dirigía a El mismo (cf. Mt 25, 40).

Recorriendo la lista de los distintos temas sometidos a vuestro estudio, se ve que vuestras especialidades de hecho cubren un campo vasto de investigación y tratamientos, si bien conciernen esencialmente a los comienzos de la vida humana. ¿Acaso no podría ser debida esta amplitud, al menos en parte, a que se ha ensanchado la perspectiva de vuestro trabajo, a que se toman en consideración las interacciones, tan reales como misteriosas, que existen entre lo somático y lo síquico y que determinan muy estrechamente la salud y la enfermedad?

Os ocupáis, pues, del problema de las repercusiones que pueden tener sobre el desarrollo físico y síquico del niño, las condiciones psicósomáticas de los padres y sus estados emocionales. Los hechos muestran en efecto tal influencia y, aunque haya dificultades para explicar científicamente este fenómeno, vuestros análisis clínicos y vuestra experiencia profesional confirman cada día la importancia que reviste, dentro de la unidad psicósomática de la persona humana, el elemento que la distingue de los seres privados de razón y que es el alma espiritual inteligente y libre.

OBSERVAR LOS PRINCIPIOS MORALES Y RELIGIOSOS

Por ello vuestra ciencia profesional no puede prescindir de las consideraciones morales y religiosas que intervienen de hecho, en grado mayor o menor, en la personalidad humana.

Hay que apreciar en su justo valor la importancia que los criterios morales y las convicciones religiosas pueden revestir para los esposos, también en el control y la expresión de los sentimientos, el crecimiento o el enfriamiento del amor, del afecto recíproco, de las preocupaciones y esperanzas, realidades todas ellas que pueden modificarse, estimularse o reprimirse por las orientaciones del espíritu.

Insistís sobre la necesidad de ser dueños de sí mismo y sobre el dominio de las pasiones, para garantizar que la transmisión de la vida se haga en un encuentro de amor, en el respeto a la dignidad de cada uno de los esposos y en la armonía de sus voluntades, asegurando así las condiciones óptimas para la posterior evolución psicológica y somática del niño.

Es de loar vuestra solicitud en informar a los futuros padres sobre la importancia del ejercicio razonable de la sexualidad, así como también los riesgos que entraña cual-

quier violencia ejercida sobre la facultad generativa por el empleo de medicinas que no están destinadas a corregir las anomalías, sino a impedir sus funciones normales.

Es una gran satisfacción para Nos comprobar que la genética sicosomática apoya y confirma la norma ética al denunciar con creciente preocupación los peligros inherentes al empleo de anticonceptivos. Muy al contrario la Iglesia, como ya hemos dicho en otras ocasiones, para aumentar en los padres la conciencia del deber de ejercer la paternidad de modo responsable, alienta los progresos que pueden conseguir vuestras investigaciones a fin de facilitar el ejercicio de tal paternidad; la Iglesia se felicita también por vuestros esfuerzos destinados a asegurar a la concepción humana las mejores condiciones posibles para el desarrollo somático y síquico del niño.

Como es vuestro deber, tratáis de combatir todo dolor anormal del embarazo y de la crianza del niño, a condición, claro está, de hacerlo sin riesgos, sin herir tampoco los sentimientos de amor que inspiran la maternidad asumida con espíritu de sacrificio, capaz de expresar la relación íntima existente entre la madre y el hijo. Pero al mismo tiempo no debéis olvidar jamás que vuestra profesión está al servicio de la vida humana, de toda vida humana ya desde el momento mismo de la concepción.

CIENCIA Y FORTALEZA

Las malformaciones orgánicas, cuando desgraciadamente existen, no pueden privar a ningún ser humano de su dignidad ni del derecho inalienable a la existencia; es ciertamente una visión materialista de la vida el plantear de otro modo las cosas. Por ello, un médico católico consciente de estas exigencias, no puede prestarse nunca a hacer experiencias sobre el embrión o el feto humano, ni siquiera por el bien de la ciencia, ni tampoco cuando este ser está destinado, sea por motivos naturales o por la acción criminal de los hombres, a perecer antes de ver la luz. Y sobre todo, una vez dado el diagnóstico fatal, el médico no puede ceder a ninguna presión, aun en los casos aparentemente dignos de respeto, como sería cuando los padres quieren acudir a su ciencia para evitar el sufrimiento de traer al mundo un niño gravemente minusválido.

¡Sería responsabilidad la vuestra! Contra la tentación que llevaría a atentar contra vuestra hermosa profesión, cuyo único objeto es proteger y favorecer la vida, esforzaos siempre en hacer ver que dicho fin sólo puede alcanzarse si se ponen en primer plano los valores espirituales y su significado.

Pedimos al Espíritu Santo, Espíritu de ciencia y de fortaleza, que os ayude, e imploramos al Señor de todo corazón que bendiga vuestras personas y vuestras familias.

LA PAZ EXIGE LA DEFENSA DE LA VIDA

Existe en el tejido de nuestra civilización una categoría de personas doctas, valientes y buenas, que han hecho de la ciencia y del arte sanitaria su vocación y su profesión. Son los médicos y cuantos con ellos y bajo su dirección estudian y trabajan por la existencia y el bienestar de la humanidad. Honor y reconocimiento a estos sabios y generosos tutores de la vida humana.

LLAMADA A LOS MEDICOS, A LAS MADRES, A LAS AUTORIDADES, A TODAS LAS INSTANCIAS COMPETENTES PARA QUE TUTELEN LA VIDA HUMANA

Nos, ministro de la religión, miramos a esta escogidísima categoría de personas, dedicada a la salud física y síquica de la humanidad, con gran admiración, con profunda gratitud y con gran confianza. Por muchos títulos, la salud física, el remedio a la enfermedad, el alivio del dolor, la energía del desarrollo y del trabajo, la duración de la existencia temporal y tanta parte de la vida moral dependen de la cordura y de los cuidados de estos protectores, defensores y amigos del hombre. Estamos cerca de los hombres y sostenemos, dentro de nuestras posibilidades, sus fatigas, su honor, su espíritu. Confiamos en su solidaridad para afirmar y defender la vida humana en aquellas singulares contingencias en que la vida misma puede verse comprometida por un positivo e inicuo propósito de la voluntad humana. Nuestro *sí* a la paz sueña como un *sí* a la vida. La vida del hombre, desde su primer encenderse a la existencia, es sagrada. La ley del *no matarás* tutela este inefable prodigio de la vida humana con una soberanía trascendente. Este es el principio que gobierna nuestro ministerio religioso en orden al ser humano. Confiamos en tener como aliado nuestro el ministerio terapéutico.

Y confiamos no menos en el ministerio que ha dado principio a la vida humana, el de la generación, el materno en primer lugar. ¡Qué delicadas se vuelven ahora nuestras palabras, qué emocionadas, piadosas y graves! La paz tiene en este campo de la vida que nace su primer escudo de protección; un escudo provisto de las más suaves protecciones, pero escudo de defensa y de amor.

Nos no podemos, por tanto, sino desaprobamos toda ofensa a la vida que nace, y no podemos sino suplicar a todas las autoridades, a todas las instancias competentes que actúen para que se prohíba y se ponga remedio al aborto voluntario. El seno materno y la cuna de la infancia son las primeras barreras que no solamente defienden con la vida la paz, sino que la construyen (cf. Sal. 126, 3 ss.). Quien, oponiéndose a la guerra y a la violencia, escoge la paz, escoge por eso mismo la vida, escoge al Hombre en sus exigencias profundas y esenciales: éste es el sentido de este Mensaje, que de nuevo enviamos con humilde y ardiente convicción a los responsables de la paz en la tierra y a todos los hermanos del mundo.

LOS ANCIANOS, PARTE PRECIOSA DE LA SOCIEDAD

Acogemos con especial sentimiento de alegría al «Grupo de servicio a los ancianos» que, en el ámbito de la Obra Diocesana de Asistencia de Roma, se dedican especialmente a trabajar en favor de los ancianos, a los que vemos muy numerosos presididos por el obispo auxiliar, monseñor Plinio Pascoli. A ellos va ante todo nuestro saludo especialísimo. A vosotros, hijos queridísimos, que habéis madurado a través de las experiencias múltiples y variadas de la vida, va la invitación a que deis gracias al Señor por los años que os ha concedido; igualmente os estimulamos a que mantengáis intacta vuestra confianza en el

futuro personal y de la sociedad de la que sois una parte preciosa; para vosotros nuestra felicitación. Firmes en la fe, dad a cuantos os están alrededor el fruto de vuestra sabiduría, para que también vosotros os sintáis realmente artífices de un mundo mejor. Luego, a los responsables del grupo y a todos cuantos colaboran en nuestra diócesis de Roma para ayudar desde cerca a los hermanos de más avanzada edad, manifestamos nuestro agradecimiento enriquecido con la bendición apostólica.

SERVICIO APOSTOLICO A LOS ENFERMOS

Dirigimos ahora un saludo especial a las religiosas de la «Piccola Compagnia di Maria» que celebran el centenario de su fundación; están aquí presentes con algunos médicos y enfermeras de su clínica de Roma. El centenario de vuestra congregación sea ocasión propicia no sólo para que agradezcáis a Dios los favores recibidos, sino también para sacar motivaciones nuevas y espolearos a una vida religiosa cada vez más intensa y a un servicio de entrega a las almas en el campo de apostolado que os es propio, es decir, en la asistencia a los enfermos, con solicitud mayor por los más necesitados. La misión que estáis llamadas a ejercitar en la Iglesia y en la sociedad es verdaderamente importante; cumplidla siempre con la profundidad de la vida interior y con la entrega y la generosidad de intentos que inspiraron a vuestra Fundadora. Con nuestra bendición apostólica.

LA FUNCION DE LOS ANCIANOS

Saludamos con afecto particular a los participantes en el curso-base organizado por la Presidencia nacional de la Acción Católica Italiana, para la formación de animadores y responsables de la pastoral del mundo de los ancianos. Hijos queridísimos, la función de los ancianos en el mundo y en la Iglesia es precisamente la de hacernos ver y caer en la cuenta de que una sociedad que quiere serlo a medida humana, no puede fundarse en la escueta capacidad de producción económica. De hecho, también cuando esta capacidad disminuye, queda siempre y todavía el hombre, gloria de Dios, y por ello, digno no sólo de estar teóricamente por encima de todos los intereses, sino también de ser el objeto vivo de nuestra caridad genuina. Por tanto, os exhortamos a dar este valioso testimonio en vuestro trabajo con los ancianos; que no sea sólo una prestación asistencial, sino comunicación fraterna de afectos y esperanzas, en nombre de ese Dios inmutablemente joven a quien con acierto el profeta compara a un «ciprés siempre verde» (Os. 14, 9). Nos gozamos en confirmar estos deseos con nuestra bendición apostólica.

LAS EXIGENCIAS DE LA CARIDAD CRISTIANA

Un saludo particularmente afectuoso y cordial dedicamos ahora a la nutrida representación de las «Hijas de Nuestra Señora del Monte Calvario», que han venido a esta audiencia con las personas a quienes ellas atienden, con el personal médico, alumnos y profesores, a fin de celebrar el 100 aniversario de su venida a Roma llamadas por nuestro predecesor de venerada memoria, León XIII. El pensamiento vuela instintivamente a la inmensa muchedumbre de personas minusválidas, enfermas y necesitadas, a quienes en todos estos años ha socorrido la caridad de vuestro instituto, cuyos miembros han sabido inclinarse sobre las más variadas manifestaciones de la miseria humana, para aliviarles el peso y abrirles horizontes de esperanza. Vosotras y vuestras hermanas, de tal manera habéis acogido de corazón la invitación y casi la voz de Cristo, que ha querido El mismo hacerse deudor de todos los cuidados amorosos prodigados también a los más débiles e indefensos de sus hermanos (cf. Mt. 25, 40). Que esta persuasión os sirva de estímulo para entregaros con generosidad renovada a la respuesta diaria a las exigencias crucificantes del amor. Os lo alcance la bendición apostólica que con gusto extendemos a vuestros asistidos, al personal, a los alumnos y alumnas de vuestro instituto y a sus familias.

También deseamos dirigir un saludo cordial a los miembros aquí presentes del *Saint Francis Hospital* de las Franciscanas Misioneras de María, de la ciudad de Roslyn, en el Estado de Nueva York. Nos han hecho saber, hijos queridísimos, que se ha constituido en vuestro hospital una Fundación piadosa en favor de niños de nuestra diócesis de Roma, mayormente indigentes y necesitados de tratamientos especiales o de intervenciones quirúrgicas a causa de cardiopatías graves. Os queremos expresar nuestra complacencia sincera, nuestro aplauso, gratitud y estímulo por dicha iniciativa tan meritoria, sobre la que invocamos la mirada amorosa del Señor. A todos vosotros y a cuantos prestan colaboración benéfica con generosidad y desinterés, impartimos de corazón nuestra bendición apostólica.

También participó en la audiencia un grupo de budistas presididos por el muy reverendo Shoyu Iwaya, presidente de la Asociación internacional de Budistas. La delegación celebra en Roma unos encuentros con la Soberana Orden de Malta con el fin de promover servicios asistenciales en favor de necesitados de algunos países asiáticos. El Papa les dijo:

«Saludamos cordialmente a la delegación japonesa de la Hermandad Internacional Budista. Os exhortamos a seguir dedicando vuestra atención a la ayuda de los enfermos, porque nuestros esfuerzos deben dirigirse allí donde hay necesidad. Que Dios os guíe y os premie.»

Noticiario

Hospitales

BARCELONA

FORMACION PERMANENTE

Organizado por el Secretariado de Formación (sección Formación Permanente), se ha celebrado en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, un cursillo del 21 al 25 de noviembre pasado, sobre «Introducción a la Administración de Unidades de Enfermería».

Estaba programado fundamentalmente para los religiosos de nuestra Provincia, con el fin de potenciar su realidad práctica en esta área. Asistieron 15 religiosos a los que se unieron unas pocas enfermeras vinculadas a nuestras obras asistenciales. El grupo era limitado a los ac-



Cursillistas y profesores de formación permanente

tuales o posibles dirigentes y se pensó en una dinámica teórico-práctica que ofreciese la oportunidad de conce-
tuar los actuales aspectos de Administración de Enfermería.

El contenido del programa abarcaba conceptos filosóficos, aspectos básicos de organización, funciones, for-

mación continuada y aspectos humanos de la asistencia. Dictó el curso en su mayor parte la profesora Myriam Ovalle; completaron los temas, Cecilio Eseverri, José Luis Redrado y Antonio Marset.

Ha sido una experiencia muy buena e iluminadora para el cotidiano hacer de responsables de Enfermería.

J. L. REDRADO

V CURSO SOBRE TECNICAS DE QUIROFANOS

Del día 16 al 21 de enero se ha celebrado en el Hospital San Juan de Dios, tal como estaba previsto el V Curso sobre Técnicas de Quirófanos, con un numeroso alumnado venido de veinticuatro poblaciones distintas, algunas de ellas tan distantes de Barcelona como Cáceres, Jerez de la Frontera, Alicante, Valladolid, Albacete, Madrid, etc., en total setenta y dos alumnos que estaban muy interesados por la problemática del Bloque Quirúrgico.

Las clases se desarrollaron con toda normalidad en el auditorium del hospital. Es de destacar la gran asiduidad y puntualidad que hubo durante el Curso, tanto por parte de los alumnos como parte de los treinta y cuatro profesores que dieron las clases; entre éstos había jefes de servicio y adjuntos de las distintas especialidades quirúrgicas que tenemos en el hospital, técnicos en materias especializadas y varios de los componentes de la plantilla de nuestro Bloque Quirúrgico.

Al final de cada clase se abría un constructivo diálogo, en el cual se aclaraban conceptos y se intercambiaban numerosas experiencias.

Al término de cada jornada, se proyectaba una película científica sobre lo que se había tratado en ese día, cedidas por distintas casas comerciales las cuales también hicieron varios obsequios a los alumnos.

Aunque las jornadas, eran muy intensas, pues cada día habían seis horas de clase, tampoco faltaron unos espacios de sano esparcimiento, que sirvieron para poder charlar más amigablemente y sentirnos más unidos, como fueron los aperitivos del día primero y último, y la comida de fraternidad que tuvimos todos juntos en el restaurante Los Tres Molinos.

Cursillistas



Para no alargar en demasía esta crónica diremos que al terminar el Curso y en presencia del Director Médico y Gerente del Hospital, así como el Director de nuestra Escuela de A.T.S. y del Coordinador del Curso, se entregaron a los alumnos los Diplomas acreditativos y varios objetos de recuerdo de estos plétóricos días que hemos pasado juntos.

J. A. CHORNET BARCELÓ
Jefe del Bloque Quirúrgico

CURSOS DE FORMACION CONTINUADA

PARA ENFERMERAS, ATS POSTGRADUADOS
Y EXALUMNOS DE LA ESCUELA
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

*SOBRE HUMANIZACION
Y RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL*

Abril, días, 3, 4, 5, 6 y 7

PROGRAMA

El hombre sano: Bases antropológicas (Sentido y visión del hombre). El hombre enfermo: La enfermedad y el sufrimiento como amenaza (experiencias, vivencias, reacciones y cuidados). Atención integral al hombre que sufre; La técnica al servicio del hombre. Humanicemos el hospital. Las relaciones humanas en el hospital. Respuestas diversas ante la enfermedad: La sociedad, la semilla, el hospital (mesa redonda). Dinámica del curso: Exposiciones, diálogos, fotomontajes, experiencias de enfermos.

*Exposición sobre el enfermo mental
y su experiencia artística*

Escuela A.T.S. de Psiquiatría «San Juan de Dios». Don Francisco Javier Muñoz López, don Jorge Cayetano Andrés.

SOBRE CLINICA Y LABORATORIO EN ENFERMERIA

Abril, días, 25, 26 y 27

PROGRAMA

Recogida de orina y sus determinaciones. Hemocultivo, urinocultivo y coprocultivo, L.C.R. Epidemiología y este-

rilización. Estudio de líquido cefalorraquídeo. Extracciones de sangre. Urea y enzimas: Su significado en la clínica. Equilibrio ácido-base. Ionograma. Deshidratación. Glucosa. Bilirrubina. Proteinograma y proteínas totales. Estudio de las grasas. Hemograma y velocidad de sedimentación globular. Inmuno-banco. Coagulación. Cuidados clínicos y terapéuticos en enfermos neoplásicos.

SOBRE CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA

Mayo, días, 2, 3 y 4

PROGRAMA

Reanimación del recién nacido. Conducta ante el recién nacido de alto riesgo. Oxigenoterapia. Características fisiológicas del recién nacido y prematuro que condicionan su asistencia. Aparillaje de un servicio de cuidados intensivos neonatales. La deontología profesional y la asistencia de enfermos en situación límite. Organización general de U.C.I. Asepsia. Alimentación del enfermo en U.C.I. Alimentación parenteral. Cuidados y controles de rutina. Gráficas. Monitorización: presión venosa central. Control diuresis. Balance líquidos. Su importancia. Diálisis peritoneal, deshidratación, insuficiencia renal, shock. El enfermo convulsivo. Cuidados y control. Grandes quemados. Cuidados. Asistencia al enfermo en coma. Sondajes. Punciones. Cateterizaciones. Técnicas y cuidados. Shock. Evolución. Cuidados del enfermo en shock. Parada cardiorrespiratoria. Técnicas de reanimación. Intubación endotraqueal. Traqueotomía. Cuidados. Ventilación mecánica. Tipos. Ventajas y riesgos CPAPRIM. Respiradores de mayor uso en Pediatría. Cuidados del enfermo bajo ventilación mecánica. Fisioterapia respiratoria. Técnicas.

*SOBRE ALTA GESTION
Y ADMINISTRACION DE ENFERMERIA*

Noviembre, del 15 al 24

PROGRAMA

El hospital como institución social y agencia de salud de la comunidad. El papel de la Enfermería en los servicios hospitalarios. Naturaleza y componentes conceptuales de la Enfermería. Métodos de trabajo de grupo. Trabajo de grupo. El departamento de Enfermería dentro de la estructura hospitalaria. Filosofía y base conceptual del

departamento de Enfermería. Objetivos del departamento de Enfermería. Funciones inherentes al departamento. Trabajo de grupo. Teoría de la administración. Aplicación de la teoría de la administración a los servicios de Enfermería. Planes económicos y costes del departamento de Enfermería en relación con los del hospital. Trabajo de grupo. Lectura y conclusiones de los trabajos de grupo. El proceso de la organización (1.ª parte). El proceso de la organización (2.ª parte). Trabajo de grupo. Lectura y conclusiones de los trabajos de grupo. Elaboración de normas para el departamento de Enfermería. Manual. Análisis del trabajo y descripción del trabajo del personal del departamento. El proceso de hacer decisiones como instrumento fundamental para la administración y funciones ejecutivas. Evaluación del departamento de Enfermería. Espectaciones de los pacientes y su implicación ética. Evaluación y promoción de la calidad hospitalaria. Mesa redonda. Perspectivas y nuevas tendencias del cuidado de Enfermería. Planeamiento del cuidado de Enfermería (1.ª parte). Planteamiento del cuidado de Enfermería (2.ª parte). Evaluación del cuidado directo del paciente. Método de simplificación del trabajo. El proceso de cambio. Aspectos psicosociales y educacionales. Planeamiento del horario de trabajo. Asignación del trabajo. Métodos de trabajo empleados en Enfermería. El trabajo en equipo de Enfermería. El equipo de salud. Tarde libre. Relación entre dirección y liderazgo en Enfermería. Relación humana en el ejercicio de la Enfermería. Elementos y conceptos básicos de la comunicación. Técnicas y métodos de comunicación en el departamento de Enfermería en interrelación con los otros departamentos del hospital. Trabajo de grupo. La educación permanente como factor de desarrollo continuo en los departamentos de Enfermería. Organización de programas de orientación de personal. Adiustramiento en servicio y organización del programa. Programas para el desarrollo de organización y liderazgo. Mesa redonda. La supervisión como función administrativa. Elementos y características fundamentales. El proceso de evaluación del personal y métodos de evaluación. Evaluación del curso.

PAMPLONA

¿QUE SIGNIFICA LA INTEGRACION DE LA ENFERMERIA EN LA UNIVERSIDAD?

En la Universidad de Navarra se ha celebrado el II Curso para Personal Directivo y Docente de Enfermería.

Este Congreso, organizado por la Escuela de Enfermeras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, ha reunido a 440 directivos y personal docente de Enfermería para tratar de la integración de los estudios de Enfermería en la Universidad, ya que el Real Decreto de 23 de julio de 1977 supone una reestructuración total de la carrera.

Los conferenciantes que participaron fueron profesionales y científicos de tres campos: En primer lugar, personalidades del Ministerio de Sanidad, como don Vicente Rojo Fernández, Subdirector General de Docencia del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y don Carlos Mestre, Jefe del Gabinete Técnico de la Subsecretaría de Salud de dicho Ministerio.



De izquierda a derecha: Rosario Serrano, directora de estudios de la Escuela de Enfermeras; Amelia Fontán, directora de la Escuela de Enfermeras; Doris Krebs y Eduardo Ortiz de Landázuri, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

También se invitó a ponentes extranjeros, que ofrecieron una panorámica internacional de Enfermería (sobre todo, de Europa e Iberoamérica). Entre ellos, destaca doña Doris Krebs, representante del Consejo Internacional de Enfermería, de Ginebra.

¿QUE SIGNIFICA LA VINCULACION DE LA ENFERMERIA A LA UNIVERSIDAD?

El contenido del Congreso se puede resumir en torno a algunas preguntas fundamentales. La primera y más central es ¿qué significa la integración de la Enfermería en la Universidad?

Como respuesta tenemos unas palabras de doña Doris Krebs: «La integración en la Universidad requiere no solamente un enfoque distinto del plan de estudios y una forma diferente de enseñar, sino también una revisión total de lo que es el papel del personal de Enfermería en este último cuarto de siglo xx.

Tradicionalmente, el aprendizaje de los alumnos se centraba en la Patología: ello explica la rotación por los distintos servicios médicos del hospital, con el fin de aprender las técnicas y procedimientos necesarios para las pruebas de diagnóstico y los tratamientos médicos, y la oportunidad de observar los síntomas relacionados con las diversas patologías.

Ahora, se está virando hacia el estudio del ser humano en su totalidad, y el énfasis está en la prevención de enfermedades, el cómo mantener una vida sana y el fomento de la salud. Asimismo, se pretende ayudar a los estudiantes a desarrollar una mayor sensibilidad por las necesidades filosóficas, éticas y espirituales humanas. En otras palabras, el contenido educativo de enfermería ya no depende exclusivamente de la ciencia médica, sino que tiene también una faceta humanística, propia de la formación universitaria».

Una segunda pregunta, relacionada con la primera, es ¿qué es la formación universitaria y cómo adecuarla a la enfermería sin cambiar la esencia de la profesión?

Don Francisco Gómez Antón, Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad de Navarra, intentó dar una visión de lo que es la Universidad, «aunque —dijo— en cada país se entiende de un modo distinto». Sin embargo, redujo a dos los modelos principales de Universidad: el modelo funcional, propio de los países autoritarios, en los que los fines de la Universidad se supeditan a los intereses económicos. Y el modelo idealista (universidades de USA, Gran Bretaña y Alemania). El conferenciante se mostró partidario del modelo idealista y, refiriéndose al caso español, dijo: «Pienso que es necesario "desmitificar" la Universidad, para que no se convierta en un simple instrumento para alcanzar títulos, y se respeten sus fines principales: la docencia y la investigación. Sólo así, la Universidad podrá prestar un servicio efectivo a los que forman parte de ella y a toda la sociedad».

En cuanto a la esencia de la profesión de enfermera, doña Rosario Serrano, Directora de Estudios de la Escuela de Enfermeras, dijo: «Lo variable de la Enfermería son los conocimientos y habilidades, puesto que dependen de la evolución de la ciencia y de la técnica. Lo constante es la actitud de respeto y servicio a toda persona humana, que ha sido llamada a la existencia por Dios, que es el único que puede disponer de la vida y de la muerte».

Desde esta perspectiva, no hay inconveniente en adecuar la formación universitaria a la enfermería sin desvirtuarla. Esta adecuación se podría expresar con la frase final de la ponencia del profesor Gómez Antón: «Pues de servir se trata y quizá no exista otra profesión que haya mostrado tan claramente como la enfermería su disposición y entrega generosa».

**«LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS
PODRAN JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE
EN EL "GRUPO DE ENFERMERIA DE EUROPA"»**

En su ponencia sobre «Panorama internacional de la Enfermería», doña Doris Krebs, representante del Consejo Internacional de Enfermería, señaló las fases por las que ha pasado la Enfermería, desde ser el resultado de una inquietud humanística con poco contenido científico, pasando por la consideración de una profesión *paramédica*, hasta el momento actual en que se la reconoce como una profesión con entidad propia, cuya principal misión es la de *cuidar*, mientras que la del médico es la de *curar*. Así, la enfermería en España debe comprender bien su responsabilidad de servir como ejemplo para la educación de enfermería en Europa, ya que son contados los países que cuentan con alguna Escuela Universitaria. «La posibilidad de trabajar con las demás enfermeras se presenta también en el Grupo de Enfermería Europea, que se compone de las diferentes asociaciones de enfermeras de los países miembros del Consejo de Europa, y que ha sido reconocido por dicho Consejo como órgano consultivo en materia de enfermería. Ahora que España acaba de entrar oficialmente en el Consejo de Europa, las enfermeras españolas podrán participar en el Grupo de Enfermería de Europa, en el que pueden jugar un papel importante.»



Cursillistas y profesores

**BALANCE DEL CONGRESO:
UNA RESPUESTA OPTIMISTA
A UN INTERROGANTE ACTUAL**

Al hacer balance del Congreso, destacan algunos temas que el público consideró de más interés; por ejemplo, el desarrollado por doña Ana Irujo, profesora de Anatomía de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra, quien habló sobre preparación de enfermeras para la docencia, «puesto que son las enfermeras quienes mejor pueden dar a la formación de las alumnas los matices requeridos por la profesión». También destacó el tema de las especialidades dentro de la carrera, el de las posibilidades y experiencias docentes en un centro hospitalario y el de la coordinación entre la Dirección de la Escuela y la Dirección del Centro Hospitalario, para unificar la formación teórica y práctica.

Además de estos temas, hubo una nota que caracterizó todas las intervenciones: la tendencia al trabajo en equipo y el afán positivo de construir y mejorar, «buscar en la Universidad una elevación efectiva de la profesión y no sólo un título o una mayor retribución».

En palabras de don Carlos Mestre, Jefe del Gabinete Técnico de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Sanidad, «este Congreso está aportando cosas muy interesantes. Aunque sólo fuese el llamar la atención sobre la importancia de la formación humana y ética de la enfermera, como base sólida de la profesional y científica, ya habría merecido la pena, puesto que la enfermera es hoy la mejor garantía de defensa contra la deshumanización que amenaza a la Medicina».

MARÍA DOLORES ALONSO

MADRID

**AISLAMIENTO, SOLEDAD
 Y DESINTEGRACION SOCIAL**

Los autores del Informe GAUR reconocen que «cualquier definición que pretenda recoger de forma completa y absoluta lo que es y lo que significa la *soledad* no pasará de ser una breve y grosera aproximación a la realidad, al igual que los métodos que pretendan medir el grado de soledad de los hombres no pasarán de ser unos

instrumentos excesivamente simples y esquemáticos para abarcar la compleja realidad que encierra tal concepto».

Por eso más que hablar simplemente del término soledad aplicado a una situación problemática de algunos ancianos, es preferible integrarlo en un concepto más amplio que dibuja desde perspectivas más reales el hecho problemático del aislamiento, la incomunicación, la soledad, la desintegración y la marginación social de los ancianos.

De lo que no cabe duda es que el vivir solos; el vivir acompañados, pero no ser bien tratados ni sentirse comprendidos; el no mantener contactos con vecinos y amigos; el no oír la radio, no ver la televisión, no leer el periódico...; el estar marginados, no tomar parte en las decisiones familiares; el sentir y ser conscientes que a la gente no les gusta tratar con ellos; el reconocer la distancia psicológica cada vez mayor con sus antiguos compañeros de trabajo; el sentirse solos, sentir generalmente una sensación de soledad, tristeza y aburrimiento; el confesar que la Administración del Estado no se cuida de su situación, y sobre todo, el pensar que la sociedad no valora el papel y la función del anciano, o simplemente que no les asigna ninguno si no es el de *improductivo* y el de *carga social*; todos ellos son indicadores de una realidad que ahí está.

En España, según GAUR, y en 1971, vivían solos más de 300.000 ancianos. Un 10 por 100 de la población anciana total. Bajo porcentaje éste en relación a países más desarrollados que nosotros.

El doctor Duocastella y su equipo nos dicen que en Cataluña el porcentaje de solitarios es un poco más alto: 12 % (unos 60.000 ancianos). En la provincia de Huelva viven solos el 17 % (más de 10.000 ancianos).

Hay que reconocer que los porcentajes no son excesivamente altos globalmente considerados. Sin embargo donde sí emergen con más nitidez los rasgos del problema y donde todos los estudios coinciden de manera harto significativa es en la descripción del tipo de anciano que vive en soledad.

Se trata principalmente de las mujeres, las viudas, los solteros/as, sin pensión y con bajísimas ayudas, que viven en zonas rurales (emigración de gente joven) o en las ciudades de nueva implantación industrial.

Con trágica reiteración —señala el Informe GAUR— la prensa recoge los casos de ancianos que viven solos, son hallados muertos en sus domicilios por sus vecinos, días después de su fallecimiento o víctimas de accidentes domésticos (pequeños incendios, caídas, etc.), que si una persona adulta puede remediarlos con facilidad, para los ancianos pueden suponer siempre un riesgo mortal y con frecuencia una trágica muerte.

Los datos que el citado Informe y para 1971 aporta sobre aislamiento de los ancianos españoles con relación al contexto social son tremendamente gráficos:

- Más de 250.000 estaban separados de su familia, a la que no veían ni siquiera una vez por semana.
- Unos 200.000 carecen de familia y parientes próximos.
- 700.000 ajenos tenían relaciones con vecinos y amigos.
- Unos 100.000 están extremadamente aislados, sin prácticamente ninguna relación con vecinos, amigos o familiares.

- Alrededor de 800.000 nunca oyen la radio.
- Más de 1.000.000 no ven nunca la televisión.
- Cerca de 2.000.000 no leen nunca un periódico.

«Los ancianos que se encuentran en estas situaciones —concluyen— no lo están como consecuencia de un fatal destino inmanente a la naturaleza mortal del hombre. Son causas concretas, sociales y económicas, las que las producen muchas de ellas mejorables, cuando no evitables», porque es necesario añadir que a quienes más afectan estas situaciones son a los núcleos ancianos más pobres, más enfermos, más ignorantes, más marginados en una palabra.

¿Hay posibilidades viables actuales, en España, para aumentar el nivel de convivencia de estos ancianos solitarios y aislados?

Ya se ha hablado y se conoce nuestro tremendamente deficitario Parque Nacional de Residencias y Asilos. Un 1,4 % del total de ancianos pueden residenciarse. Habría que llegar al 8 o al 10 %. Con todo, no tiene por qué ser ésta una la solución aplicable a la totalidad de los ancianos solitarios.

«Unos ingresos suficientes y una adecuada ayuda domiciliaria de tipo asistencia y médico-sanitario facilitarían en gran manera el mantenimiento de estas personas en su contexto social y domiciliario, mientras ellos lo desean, sin que, como ocurre frecuentemente en las actuales circunstancias, situación les fuerce, como una condena fatal, a ingresar contra sus deseos en algún asilo (si encuentran sitio) o a verse morir en la más absoluta, angustiosa y miserable soledad, sin la ayuda y la presencia de nadie» (Informe GAUR).

Seleccionado por el
SECRETARIADO DE HOSPITALES,
PROVINCIA DE CASTILLA

LOS DERECHOS DEL ENFERMO

Se está hablando de reforma sanitaria. En ella se están consultando e intervendrán políticos y técnicos. Se trata de hacer una sanidad más apta, más racional, más eficiente y justa. Pero ¿los enfermos serán consultados? ¿Se reconocerán los derechos del enfermo o bien se le impondrán unas decisiones emanadas de la técnica, de la política, de la burocracia, de los intereses y el enfermo una vez más quedará en el silencio, oprimido por una dependencia a veces humillante, con la sola posibilidad de una aceptación resignada de los hechos?

«Los políticos, los administradores, los técnicos demasiado a menudo se olvidan de tomar en consideración las opiniones del enfermo o del usuario de los servicios de la salud: el enfermo debe ser escuchado», dice el médico barcelonés doctor Daufí.

El enfermo es el más pobre de los pobres. Carece del don primario de la salud. Depende de todo el mundo. Al recibir una atención —un servicio— le parece que se lo hacen por caridad, por benignidad. Pero el enfermo tiene sus derechos inalienables. De ahí que se debe luchar para que se le reconozcan todos sus derechos, oficialmente establecidos y contemplados en las codificaciones deontológicas y declaraciones universales. Porque el enfermo por su debilidad y por el sufrimiento a que no está acos-

tumbrado, sufre una regresión psicológica al estado de infancia y tiene una gran necesidad de comprensión, consuelo y amor. Y aunque pide amor, antes pide justicia, porque sin justicia no hay amor posible y menos libertad.

El médico francés, doctor Pierre Theil, escribe sobre los derechos del enfermo: «El enfermo es un todo biológico, fisiológico y psicológico. Como consecuencia, tendrá derecho a una medicina total que se encargue de toda su persona y una parte solamente tal como uno de sus órganos o tal aspecto de su individualidad».

En nota del secretariado diocesano de Pastoral Sanitaria de Asturias, por citar la más reciente, afirma que el enfermo tiene derecho a ser informado de toda serie de exploraciones, análisis, pruebas, sesiones y consultas que tengan que hacerle. De los riesgos que corre en cada una de ellas, del peligro que encierran las pruebas a que se somete; derecho a la verdad, a que se le informe, en la medida que la discreción lo aconseje, de todo lo concerniente a su enfermedad, para que su colaboración ayude a su propia curación. También el enfermo tiene derecho a terminar su vida con el tipo de asistencia espiritual que más prefiera.

Todos podemos hacer mucho para una mayor realización de la justicia y del amor, dice el hermano Sola, delegado diocesano de Pastoral Sanitaria de Barcelona. Para humanizar la técnica hay que empezar por mostrar que lo fundamental es el enfermo, no la enfermedad. De ahí que digamos: más atención a los derechos de los enfermos.

JOSÉ MARÍA ALIMBAU

LA PILDORA: MAS PELIGROSA QUE UN MAL EMBARAZO

«La píldora es más peligrosa que los embarazos de gran peligro a los que el plan del Ministerio de la Salud quiere salir al paso.» Esta afirmación ha sido hecha por la Asociación Médica de Río de Janeiro en carta al presidente Ernesto Geisel. La carta fue divulgada en Río.

La entidad pide al Presidente que suspenda la ejecución del plan del Ministerio hasta que sea debidamente discutido por los especialistas y asociaciones de distintas ramas médicas. Dice también que el Presidente debe prohibir la importación de aparatos intrauterinos, que tienen un efecto abortivo. La Asociación Médica de Río de Janeiro dice además en su carta que el control de natalidad masivo perjudicará definitivamente al crecimiento demográfico. También llama la atención sobre los peligros que lleva consigo el uso de la píldora: posibilidad de cáncer de mama y de útero; problemas circulatorios graves; nacimiento de niños deformados, etc.

¿ES SOLUCION?

Bajo el nombre de «Prevención del Embarazo con Gran Peligro», el INPS organiza un amplio programa de control de natalidad, mediante la distribución de píldoras anticonceptivas a 81.000 mujeres brasileñas aproximadamente.

A este respecto, el cardenal Aloisio Lorscheider, presidente de la Conferencia Episcopal Brasileña, ha afirmado: «Nosotros, como Iglesia Católica, nunca nos hemos opues-

to a la paternidad responsable. Pero ese tipo de planificación, a base de distribución de cajas (de píldoras) no es responsable, ni favorece la promoción de las personas». Sobre el mismo tema, el presidente del Centro de Análisis y Planificación —CEBRAP— pregunta: «¿Será posible que, conociendo los índices de desnutrición y la incidencia de las dolencias infecto-contagiosas, siga siendo prioritaria la planificación familiar?».

Monseñor José María Pires, obispo de Pessoa, afirmó sobre el mismo tema: «Lo que sucede entre nosotros es que, hasta el presente, no ha existido una política orientada al bien del pueblo, y a superar sus grandes problemas, como el hambre. Y es mucho más necesario dar comida al pueblo o, mejor aún, crear las condiciones para que pueda alimentarse.

MARCO TULLIO ROSSI

INVESTIGACION, SOCIEDAD Y VALORES HUMANOS

Generalmente se analizan las situaciones y se proyectan las medidas de ámbito social en función de los recursos humanos y materiales, descuidando frecuentemente la importancia del sistema de valores al planificar el desarrollo social y económico.

Todos los esfuerzos por conseguir el progreso tecnológico pueden resultar peligrosos si descuidamos los sistemas de valores, pues, observando el desajuste que existe actualmente, debemos recordar que las tensiones psicosociales y los excesos de nacionalismo suelen traer el divorcio entre el progreso espiritual y el material.

La contaminación y las enfermedades modernas —cardiovasculares, psicosomáticas y degenerativas— requerirán intensas investigaciones para evitar su aparición en comunidades que hasta hoy las desconocen. Hay que replantear el concepto de la prestación de servicios sanitarios, ya que en la actualidad los hospitales son establecimientos monstruos y sumamente caros. La formación y el perfeccionamiento del personal sanitario, especialmente el auxiliar, exigirán un gran esfuerzo.

Por ser universal el derecho a la salud, no hay duda que la sociedad tendrá que adecuarse para afrontar la demanda del 85 % de la población mundial, en vez de seguir ocupándose preferentemente de los clientes ricos.

M. M. MAHFOUZ

LOS CURANDEROS SE REUNEN

Por primera vez en la historia de España, los curanderos, de los que cada español tendrá, probablemente, una idea formada, ya que no constituyen ninguna rama profesional reconocida, se han reunido públicamente, en un Congreso de carácter nacional, varios miles de curanderos que ejercen en nuestro país, al margen, y de alguna manera en competencia desleal, con la medicina oficial.

Figura a la cabeza de esta organización Ramón Plana, editor y director de la revista Karma-7, miembro del Instituto de Ciencias Parapsicológicas Hispano Americano, miembro del Bureau de Investigaciones Científicas de Cruzeiro.

LOS MEDICOS NO PODRAN RECIBIR OBSEQUIOS DE LOS LABORATORIOS

Ha quedado prohibido a los laboratorios, a los almacenistas, a los distribuidores y a los vendedores de medicamentos y preparados dar u ofrecer primas u obsequios a los facultativos en ejercicio, así como la aceptación por éstos de dichas primas u obsequios, en virtud de un real decreto del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que ayer publicó el «BOE».

La disposición, que lleva fecha del pasado día 1 de diciembre, regula todo lo relativo a la promoción, información y publicidad de los medicamentos, especialidades farmacéuticas, aparatos, métodos preventivos y de diagnóstico, etc., por parte de los establecimientos y empresas que elaboren, transformen, almacenen, distribuyan, dispensen, vendan o los apliquen.

A GACETA ILUSTRADA

Esta es la carta a «Gaceta Ilustrada» que en su día escribimos y que dicha revista interpretó mal, cambió parte del texto y anuló otra sustanciosa parte. Como la dirección de «Gaceta Ilustrada» no nos atendió nuestra réplica, la publicamos aquí para conocimiento de nuestros lectores.

Don JESÚS PICATOSTE
Director de «Gaceta Ilustrada»
Barcelona

Muy señor mío: Tras mi mejor saludo y dándole gracias por su interés hacia la profesión de Enfermería, ATS, paso a decirle que en la revista número 1.095, página 57, final de la primera columna, se pueden leer dos frases atribuidas al doctor Piga, vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Madrid, que dicen muy poco en favor tanto de los profesionales de Enfermería como del autor de los textos que a continuación comentaremos.

1.º «Los médicos necesitan auxiliares de alta calidad», refiriéndose a los ATS.

2.º «Siempre he dicho —frase en boca del doctor Piga— que un buen ATS es mejor que un mal médico.»

COROLARIO A LAS FRASES CITADAS

1.º El ATS es un auxiliar del médico.

2.º En el mejor de los casos un buen profesional de Enfermería sólo llega a la altura —yo diría bajura— de un mal médico.

ACOTACIONES AL COROLARIO ANTERIOR

1.º El profesional de Enfermería, para la OMS, Quinto Informe de Expertos en Enfermería, Ginebra, 1966 —por no citar más bibliografía—, no es auxiliar del médico sino que se cuida de las personas en su integridad de hombres tanto en salud como enfermedad; de su rehabilitación, necesidades sociales, etc. El personal de Enfermería puede ser auxiliar del médico en la aplicación de los tratamientos adecuados, como lo pueden ser otros

profesionales tanto colegas médicos como farmacéuticos, químicos, etc. y, si me lo permiten, podríamos añadir «y viceversa». Pero le quedan a los profesionales de Enfermería muchos otros campos propios y muy específicos.

2.º El profesional de Enfermería es eso, profesional de Enfermería, diferenciado de otros profesionales incluidos los médicos. Por tanto compararlos para proceder a medirlos en sus respectivas competencias no resulta muy correcto. Es como comparar, por ej., si es mejor o peor un farmacéutico con un médico. ¿Es que al profesional de Enfermería, pongamos por caso, responsable de la gestión de un Departamento de Enfermería de cualquier hospital con 500, 1.000 o más personas en su demarcación, y responsable de muy graves actividades técnico-asistenciales, docentes, administrativas, etc. sólo se puede comparar, en el mejor de los casos, con el proceder de un mal médico?

CONCLUSIONES

Lo grave es que quien así se manifiesta es, en la Universidad Complutense, encargado del Departamento de Enfermería. Por eso me pregunto: Si el maestro está así de preparado o tan mal conoce o sabe qué es la profesión de Enfermería. ¿Cómo saldrán o pueden salir los discípulos? Creemos que España sigue siendo diferente al resto del mundo. ¡Qué desgracia!

Recomendamos a su columnista don Jerónimo Vallejo que otra vez se acerque a beber en otras fuentes menos contaminadas. ¡Porque, créanme, hay manantiales que no ofrecen plenas garantías! Las apariencias, a veces, engañan.

Perdone, señor Director, por las molestias que le haya ocasionado con la lectura de esta larga carta. Siempre a su disposición.

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI
Jefe de la Escuela de ATS «San Juan de Dios»

Barcelona, 3 de octubre de 1977.

Pastoral

GERONA

El Centro de Estudios Diocesanos ha hecho una programación de todo el curso 1977-78 como un servicio de formación permanente para las comunidades cristianas. Se imparten cursos monográficos y cursos especiales; uno de estos últimos lleva por título: *sufrimiento, enfermedad y muerte*. Está destinado al personal sanitario.

TEMAS

—Teología del sufrimiento y de la muerte (días 19 y 26 de noviembre; 3 y 10 de diciembre. Don Francisco Planella y don Juan Naspleda).

—Nueva manera de enfocar la moral y sus aplicaciones en el campo sanitario (días 18 y 25 de febrero; 4 y 11 de marzo. Don Emilio Montal).

—Pastoral de los sacramentos en el mundo del enfermo (días 8, 15, 22 y 29 de abril. Don José Luis Redrado).

LOS MEDICOS NO PODRAN RECIBIR OBSEQUIOS DE LOS LABORATORIOS

Ha quedado prohibido a los laboratorios, a los almacenistas, a los distribuidores y a los vendedores de medicamentos y preparados dar u ofrecer primas u obsequios a los facultativos en ejercicio, así como la aceptación por éstos de dichas primas u obsequios, en virtud de un real decreto del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que ayer publicó el «BOE».

La disposición, que lleva fecha del pasado día 1 de diciembre, regula todo lo relativo a la promoción, información y publicidad de los medicamentos, especialidades farmacéuticas, aparatos, métodos preventivos y de diagnóstico, etc., por parte de los establecimientos y empresas que elaboren, transformen, almacenen, distribuyan, dispensen, vendan o los apliquen.

A GACETA ILUSTRADA

Esta es la carta a «Gaceta Ilustrada» que en su día escribimos y que dicha revista interpretó mal, cambió parte del texto y anuló otra sustanciosa parte. Como la dirección de «Gaceta Ilustrada» no nos atendió nuestra réplica, la publicamos aquí para conocimiento de nuestros lectores.

DON JESÚS PICATOSTE
Director de «Gaceta Ilustrada»
Barcelona

Muy señor mío: Tras mi mejor saludo y dándole gracias por su interés hacia la profesión de Enfermería, ATS, paso a decirle que en la revista número 1.095, página 57, final de la primera columna, se pueden leer dos frases atribuidas al doctor Piga, vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Madrid, que dicen muy poco en favor tanto de los profesionales de Enfermería como del autor de los textos que a continuación comentaremos.

1.º «Los médicos necesitan auxiliares de alta calidad», refiriéndose a los ATS.

2.º «Siempre he dicho —frase en boca del doctor Piga— que un buen ATS es mejor que un mal médico.»

COROLARIO A LAS FRASES CITADAS

1.º El ATS es un auxiliar del médico.

2.º En el mejor de los casos un buen profesional de Enfermería sólo llega a la altura —yo diría bajura— de un mal médico.

ACOTACIONES AL COROLARIO ANTERIOR

1.º El profesional de Enfermería, para la OMS, Quinto Informe de Expertos en Enfermería, Ginebra, 1966 —por no citar más bibliografía—, no es auxiliar del médico sino que se cuida de las personas en su integridad de hombres tanto en salud como enfermedad; de su rehabilitación, necesidades sociales, etc. El personal de Enfermería puede ser auxiliar del médico en la aplicación de los tratamientos adecuados, como lo pueden ser otros

profesionales tanto colegas médicos como farmacéuticos, químicos, etc. y, si me lo permiten, podríamos añadir «y viceversa». Pero le quedan a los profesionales de Enfermería muchos otros campos propios y muy específicos.

2.º El profesional de Enfermería es eso, profesional de Enfermería, diferenciado de otros profesionales incluidos los médicos. Por tanto compararlos para proceder a medirlos en sus respectivas competencias no resulta muy correcto. Es como comparar, por ej., si es mejor o peor un farmacéutico con un médico. ¿Es que al profesional de Enfermería, pongamos por caso, responsable de la gestión de un Departamento de Enfermería de cualquier hospital con 500, 1.000 o más personas en su demarcación, y responsable de muy graves actividades técnico-asistenciales, docentes, administrativas, etc. sólo se puede comparar, en el mejor de los casos, con el proceder de un mal médico?

CONCLUSIONES

Lo grave es que quien así se manifiesta es, en la Universidad Complutense, encargado del Departamento de Enfermería. Por eso me pregunto: Si el maestro está así de preparado o tan mal conoce o sabe qué es la profesión de Enfermería. ¿Cómo saldrán o pueden salir los discípulos? Creemos que España sigue siendo diferente al resto del mundo. ¡Qué desgracia!

Recomendamos a su columnista don Jerónimo Vallejo que otra vez se acerque a beber en otras fuentes menos contaminadas. ¡Porque, créanme, hay manantiales que no ofrecen plenas garantías! Las apariencias, a veces, engañan.

Perdone, señor Director, por las molestias que le haya ocasionado con la lectura de esta larga carta. Siempre a su disposición.

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI
Jefe de la Escuela de ATS «San Juan de Dios»

Barcelona, 3 de octubre de 1977.

Pastoral

GERONA

El Centro de Estudios Diocesanos ha hecho una programación de todo el curso 1977-78 como un servicio de formación permanente para las comunidades cristianas. Se imparten cursos monográficos y cursos especiales; uno de estos últimos lleva por título: *sufrimiento, enfermedad y muerte*. Está destinado al personal sanitario.

TEMAS

—Teología del sufrimiento y de la muerte (días 19 y 26 de noviembre; 3 y 10 de diciembre. Don Francisco Planella y don Juan Naspleda).

—Nueva manera de enfocar la moral y sus aplicaciones en el campo sanitario (días 18 y 25 de febrero; 4 y 11 de marzo. Don Emilio Montal).

—Pastoral de los sacramentos en el mundo del enfermo (días 8, 15, 22 y 29 de abril. Don José Luis Redrado).

PRIMER ENCUENTRO DE PASTORAL SANITARIA DE DELEGADOS DE LAS DIOCESIS Y F.E.R.S. DE CATALUÑA

INTRODUCCION

Al término de la Convivencia de Pastoral Sanitaria que tuvimos este verano en Bañolas (Gerona) los días 22 al 26 de agosto, hicimos el «propósito» de volver a encontrarnos los delegados diocesanos antes de comenzar el curso. Pensado y hecho. Señalamos este encuentro de delegados para los días 26 y 27 de setiembre. En seguida nos dimos cuenta de la necesidad de conectar con la FERS de la región catalana, ya que podría ser de gran apoyo para cada diócesis. La idea se vio bien y comenzamos a ponernos en acción: preparamos el lugar, la temática y la dinámica del encuentro, lo expresamos todo en una circular que enviamos a los delegados diocesanos ya nombrados y a todos los Vicarios de Pastoral de las ocho diócesis para su información y/o para su asistencia. La FERS hizo lo mismo con sus delegadas.

La *finalidad* que nos movía al convocar este encuentro era llegar a conocernos, reflexionar y poner en común los criterios que nos animasen a planificar y coordinar la Pastoral Sanitaria a escala regional y diocesana.

Todas las diócesis —ocho—, menos la de Seo de Urgel, han estado representadas, bien por su delegado y religiosa, bien por sólo la religiosa. También estuvo presente una buena representación de padres Camilos y hermanos de san Juan de Dios.

En cuanto a la *temática* se había precisado que no se trataba de conferencias, sino de reflexión que partiera de las experiencias, necesidades y posibilidades. Para ello tomamos dos ideas fundamentales: 1.ª, Telón de fondo de esta Pastoral = conocer el mundo sanitario que nos rodea. 2.ª, Estructuración del Secretariado Diocesano que responda a estas prioridades y necesidades.

El *clima* que hemos vivido estos días ha sido fraterno, dialogante, esperanzador, de urgencia por hacernos presentes en estas realidades, promoverlas, coordinarlas.

No ha faltado la oración —aunque breve— los fotomontajes, los cantos monásticos y los chistes de los expertos.

DIA 26

MAÑANA

Comenzamos la reunión con un saludo y presentación de los asistentes. A continuación el responsable regional —José Luis Redrado— expuso las líneas clave de *atención al mundo de los enfermos* y cómo urgen a adoptar unos criterios prioritarios en la Pastoral Sanitaria:

Amplitud de campo hospitalario (camas, profesionales, etcétera). Evolución de la Medicina (más técnica, antropológica, colectiva, promoción salud). Valores de los sanos en los que no participan los enfermos: producción, consumo, triunfo, competencia... Situación concreta del campo sanitario español. Lugar del enfermo en este complejo. Papel de la Iglesia: su presencia cuantitativa y cualitativa.

Diálogo: Después de puntualizar el alcance de estos enunciados, los participantes creímos que era necesario tomar conciencia de estas realidades si queríamos hacer verdadera presencia de Iglesia, por ello toda la mañana se centró en ver posturas y criterios. Ideas que se apuntaron en el coloquio:

— Complejidad del campo hospitalario.

— No todo debe centrarse en el hospital (hubo mucha iluminación sobre el tema).

— Cómo estaba presente la Iglesia española: realidades, ausencias, despistes, desconocimientos, falta de planes, preparación, entusiasmos...

El diálogo estuvo animado y dio luz. Se dijo y se repitió que era fundamental partir del conocimiento de estas realidades sanitarias.

TARDE

La centramos en el *Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria*: qué era, qué funciones tenía, componentes-equipo. Se dieron orientaciones y esquemas para su formación y funcionamiento.

Se abrió después un animado *diálogo* centrado en estas ideas:

— Visto el panorama real de las diócesis estas formulaciones saben a utopías.

— En algunas no existen delegados; donde están nombrados, tienen pluriempleo...

— ¿El delegado tiene que ser necesariamente un sacerdote?

— Es cuestión de mentalización, se encuentran sacerdotes para otras misiones, ¿por qué no puede haber para enfermos?

— Que se comience a andar: que se nombren delegados donde falten; que se haga un grupo base-equipo *gestor*; interesar a los Vicarios de Pastoral; que las religiosas formen parte activa.

DIA 27

MAÑANA. Hubo informaciones y reflexión

Informaciones. M. Pilar Acarreta —responsable regional de la FERS— informó de las últimas jornadas habidas en Madrid para delegadas de FERS y cómo se había insistido en tres puntos fundamentales: *evangelización, vida comunitaria y formación integral.*

Se informó igualmente de las actividades y propósitos del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria y cómo se ha trabajado también a escala regional.

Reflexión y propuestas. La parte reflexiva de la mañana deseaba buscar fundamentalmente esta idea: *cómo dar vida al Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria.*

Esta idea se trabajó en grupos pequeños, se escribió en el mural lo *deseable* y lo *posible* y se comentó en el grupo general.

PUNTOS FINALES DEL ENCUENTRO

Planes de las diócesis. Se promovió esta idea para enriquecernos y estimularnos mutuamente. Algunas diócesis ya habían pensado en algún plan concreto para este curso, pero en general se vio la falta de programación y también la necesidad que tenemos de ella.

Encuentros de las diócesis de Cataluña. Se ve la nece-

sidad de ampliarlos, nos estimulan, nos hacen mucho bien. Se concretaron algunas ideas:

- Hacer tres encuentros al año.
- A ser posible que el lugar sea distinto cada vez.
- Que se forme un pequeño grupo que prepare los encuentros.
- Que se invite a los Vicarios de Pastoral de las diócesis ya que de ellos depende la delegación de enfermos. Que asistan alguna vez.
- Que se haga presente en el encuentro alguno de los obispos, especialmente el del lugar donde se celebra.

ASISTENTES AL ENCUENTRO

- José Luis Redrado* (Responsable regional de Cataluña). Hospital San Juan de Dios. Carretera de Esplugas s/n. Barcelona (Tel. 203 40 00).
- M. Pilar Acarreta* (Responsable de la FERS regional de Cataluña). Mariano Cubí, 39, 1.º, C. Barcelona (Teléfono 227 43 31).
- DIÓCESIS DE BARCELONA. *Francisco Sola* (delegado diocesano). Hospital San Juan de Dios. Carretera de Esplugas s/n. Barcelona (Tel. 203 40 00).
- Sor Teresa Figueras*. Clínica Nuestra Señora de la Esperanza. Sabadell (Barcelona) Tel. 296 02 00.
- Hermana Rosario Cobo*. Pasaje de la Concepción, 4. Barcelona (Tel. 215 07 86).
- Sor Julia Rodés*. San Pedro Claver, 17-21. Barcelona (Teléfono 204 07 00).
- DIÓCESIS DE TARRAGONA. *Sor Pilar González*. Hospital San Pablo y Santa Tecla. Tarragona (Tel. 20 28 45).
- DIÓCESIS DE LÉRIDA. *Hermana Teresa Calvo*. Residencia Sanitaria S. S. Carretera de Huesca Km. 1. Lérida (Tel. 23 24 40).
- DIÓCESIS DE GERONA. *Pedro Soler* (delegado diocesano). Rectoría. Sant Felú de Pallerols (Gerona) Tel. 54.
- DIÓCESIS DE VIC. *José Morales* (delegado diocesano). Avenida de Barcelona, 15 B, 7.º, 1.ª. Igualada (Barcelona) Tel. 803 04 23.
- DIÓCESIS DE SOLSONA. *Ignacio Montraveta* (enviado por su obispo). Seminario Conciliar. Solsona (Lérida) Teléfono 93/811 01 00.
- DIÓCESIS DE TORTOSA. *Hermana Consuelo Organero*. Residencia Sanitaria de la Seguridad Social. Tortosa (Tarragona) Tel. 44 33 00.
- José María Delgado* y *Jesús María Ruiz*, camilos. Hospital San Camilo. San Pedro de Ribas (Barcelona) Teléfono 896 00 25.
- Santiago González* y *Heliodoro Delgado*, camilos. Residencia Sanitaria Francisco Franco». Barcelona (Teléfono 247 14 00).
- Hermana María Caridad Morales*. Residencia Sanitaria de la Seguridad Social. Gerona (Tel. 21 24 82).
- Hermana Felicidad Pérez*. Edificio Animar B, 2.º, 8.ª. La Plantera-Blanes (Gerona) Tel. 33 22 41.
- Hermana Milagros Lázaro*. Clínica San José. Capuchinos, 27. Manresa (Barcelona) Tel. 874 40 50.
- Hermana Rosa Pérez*. Hospital Comarcal Solsona (Lérida) Tel. 93/811 01 00.

Hermano JOSÉ LUIS REDRADO

TARRAGONA

III ENCUENTRO DE DELEGADOS DE PASTORAL SANITARIA DE LAS DIOCESIS DE CATALUÑA

INTRODUCCION

El encuentro tuvo lugar los días 27 y 28 de enero, en un clima abierto y cordial. Ha sido una buena ocasión para intensificar nuestra búsqueda, reflexionar sobre los problemas que se nos están presentando en la Pastoral Sanitaria y compartir infinidad de preocupaciones, deseos y experiencias. Otro de los objetivos de esta reunión era llegar a unas conclusiones concretas y comunes sobre puntos del orden del día que nos sirviesen de toma de conciencia en estos momentos de cambio en los que se necesita iluminar y clarificar muchos conceptos.

Al final de esta introducción señalaremos las conclusiones de los temas; somos conscientes de que no reflejan todo el ambiente, las ideas y las expresiones del grupo. Todo ello es difícil —por no decir imposible— de plasmar; creo que es en el contraste de pareceres donde se ha podido enriquecer cada uno; la impresión general es que el encuentro nos ha hecho mucho bien, nos ha estimulado, en ocasiones nos ha podido cargar de pesimismo ante el descubrimiento de tantos problemas que necesitan una atención y una presencia de Iglesia. A pesar de todo, nos animaba la esperanza y nuestra *pobreza*, conscientes de que era desde ahí cómo nuestro trabajo pudiera tener una dimensión evangélica.

El señor Arzobispo de Tarragona compartió con los asistentes las preocupaciones y necesidades de este sector de pastoral. Se le hizo un resumen de todo lo reflexionado, haciendo hincapié sobre todo en los puntos más conflictivos y urgentes. El insistió en la necesidad de una pastoral vertebrada para Cataluña y que había que luchar y presentar las necesidades que tiene este sector y al mismo tiempo ser conscientes de que en ocasiones nos veremos imposibilitados para su resolución, pero que en todo caso nuestra voz profética debía hacerse oír. La celebración de la Eucaristía nos llevó a integrar todo nuestro quehacer en un clima de fe. Compartimos después la comida en un ambiente abierto, alegre y animado. Agradecemos al señor Arzobispo su presencia, ya que nos estimuló en la búsqueda y en la lucha.

Rude Delgado —director del Secretariado Nacional— se ha interesado grandemente por nuestra reunión a la que tenía pensado asistir, pero que a última hora le fue imposible.

Monseñor Casares —obispo de Almería y presidente del Secretariado— tuvo también un gesto de cercanía llamando al lugar del encuentro para ver cómo se iba trabajando. A todos muchas gracias.

PUNTOS TRATADOS Y CONCLUSIONES

Posibilidad de estudiar por grupos en cada diócesis el Documento sobre Pastoral Sanitaria entregado a los obispos; después de este estudio por diócesis hacer un encuentro interdiocesano que permita contrastar ideas y sacar conclusiones. Se analiza esta idea cuya finalidad consiste en que tomemos conciencia y que los esfuerzos

que se realicen vayan en la misma línea, para lo cual nos puede unir mucho el Documento presentado a la Conferencia Episcopal. No se ven dificultades en la propuesta y se formula la siguiente conclusión: Que en cada diócesis —según sus posibilidades— se forme uno o varios grupos de reflexión sobre el Documento. El tiempo de que se dispone es todo el presente curso. Si esta primera etapa se realiza de la manera prevista se organizará un encuentro interdiocesano —que a su tiempo se preparará— y sería para una puesta en común y unas conclusiones.

Nombramiento de una comisión que elabore un ideario católico para hospitales católicos. Se aporta amplia documentación sobre el tema, elaborado en Estados Unidos y Canadá. El tema es complejo, difícil y urgente. Es necesario no dejarlo, ya que nos falta luz sobre ello y se preven conceptos dispares, contrarios y contradictorios. Se cree que la Iglesia debe hacer un esfuerzo de reflexión. Conclusión: Hacer llegar a la Conferencia Episcopal Tarraconense la necesidad y urgencia de este estudio. Estimular también el tema a nivel nacional.

Posibilidad de estudio de los códigos deontológicos, tanto el anteproyecto nacional, como el del Colegio de Médicos de Barcelona. Comprobamos nuestra ausencia en este tema y que no se dejan oír las voces de teólogos y moralistas que den luz sobre el tema, sobre todo en el período de anteproyecto y de enmiendas. Conclusión: Ponerse en contacto con la Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona para ver la posibilidad de realizar una mesa redonda sobre el tema.

Realizar unas reuniones con distintos Pastores y jefes de diversas confesiones para una reflexión conjunta sobre presencia y asistencia pastoral. El tema parece que no tiene más urgencia y se da la siguiente conclusión: «Que se tenga algún contacto personal con algunos Pastores de otras confesiones».

Oportunidad de celebrar un Seminario sobre *acercamiento al moribundo*. Se estima necesario en estos momentos como parte integrante de la presencia de la Iglesia en la Pastoral de los Enfermos, y se sacan estas conclusiones: Celebrar en Barcelona del 19 al 21 de mayo de 1978, dirigido fundamentalmente a los responsables de Pastoral Sanitaria de las diócesis de Cataluña, a fin de poder ser ellos en sus respectivas diócesis los que realizaran después dicha reflexión. Con la experiencia que se tiene del celebrado en Madrid, acentuar la parte pastoral. Se encargarán de hacer un anteproyecto: Redrado, padres Camilos, Sola, M. Acarreta y hermanas Figueras y Remedios.

Solicitar nuestra presencia en alguna de las reuniones de los obispos de la tarraconense, a fin de informar sobre el tema de Pastoral Sanitaria. Se cree oportuna dado que estos encuentros de delegados diocesanos va tomando cuerpo y hay puntos en los que los obispos deben estar informados. Conclusión: pedirla formalmente por escrito.

Otras conclusiones: que se formule por escrito una petición para que en todas las reuniones de los delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria esté presente un obispo representante de la conferencia tarraconense. En cada diócesis se debe ir programando, realizando y evaluando esta Pastoral Sanitaria. De dichas programaciones conviene enviar copia al responsable regional. Próxima reu-

nión de delegados: 22 de mayo. Será a continuación del Seminario sobre *Acercamiento al moribundo* y tendrá como fin ver las posibilidades de acción en cada diócesis.

En esta reunión estuvieron presentes, por Barcelona: José Luis Redrado, responsable regional; Pilar Acarreta, presidenta de FERS regional; Angel María Brinas, en representación de la Fraternidad de Enfermos; Francisco Alvarez, en representación de los padres Camilos; Francisco Sola, delegado diocesano; Teresa Figueras, delegada de FERS. Tarragona. Tarragona: Juan Aragonés, delegado diocesano; Pilar González, delegada de FERS. Gerona: Pedro Soler, delegado diocesano; Caridad Morales, delegada de FERS. Tortosa: Carmelina Giménez, delegada de FERS. Seo de Urgell: Ramón Font, delegado diocesano; Montserrat Farré, delegada de FERS. Solsona: Ramón Alsina, vicario episcopal de Pastoral; Rosa Pérez, delegada de FERS. Estuvieron también presentes: hermanas Remedios Martín, Solsona, y María Dolores Marzán, Tortosa. El señor Arzobispo de Tarragona —acompañado del vicario de religiosas— compartió con los asistentes parte del segundo día.

BILBAO

VI SEMANA DE PASTORAL SANITARIA

INTENCION INICIAL Y FINALIDAD PRETENDIDA

Se ha escogido el tema, la comunidad cristiana ante la persona enferma, no por la novedad sino por la creciente sensibilización y grado de preocupación que parecía captarse en el ambiente diocesano y extradiocesano en torno al enfermo. No sólo en los ambientes hospitalarios sino también en los parroquiales.

No por la novedad, ya que el enfermo siempre ha sido atendido en las parroquias. Pero sí es nueva la preocupación, la cual se está extendiendo e intensificando en las comunidades cristianas parroquiales; son cada vez más los grupos de seglares que se interesan por los enfermos, que intentan un acercamiento a ellos.

Al mismo tiempo, se va descubriendo una realidad: que al enfermo no hay que ir a buscarlo a los hospitales, sino que realmente donde están la mayoría de ellos es en sus casas.

Por otra parte, en este volver la mirada a la persona enferma creo que hay algo muy profundamente humano y cristiano y de gran valor liberador para el hombre de hoy. Pienso que es una reacción, efecto de un cansancio y desilusión de lo que nos ofrece y da la sociedad en que vivimos. A mi parecer, la sociedad nos está presentando insistentemente una cara de la vida, destaca sólo unos aspectos positivos y activos; y oculta la otra cara de la vida, que son las pasividades y los aspectos negativos de la misma. Juzgo que se está despertando el deseo de una visión más realista y completa de la vida, se quiere ver la vida por las dos caras: la que ahora nos presenta la sociedad, en la que hay mucho de ilusorio y utopía, basada en el progreso indefinido de la ciencia y de las técnicas; y la cara ahora ocultada donde se esconden, entre otras cosas, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Decía antes que en este volver la mirada al enfermo había algo de un gran valor liberador. Quiero decir que

este conocer y reconocer las limitaciones, en todos los sentidos, de la persona y de la vida humana, tal como nos lo *grita* el enfermo, es un conocimiento liberador porque nos lleva a reconocer una jerarquía de valores distinta a la propuesta (explícita o implícitamente) por la sociedad actual. La cara más conocida de la vida tiene una jerarquía de valores donde la posesión, goce y disfrute de bienes económicos y materiales, donde la utilidad y la eficiencia son los bienes más apreciados: una persona o cosa me interesa en cuanto me es útil; a uno se le considera en tanto es eficiente; tanto tienes, tanto vales; el prestigio se asienta en lo que se ve; el bienestar se pone en el tener... una jerarquía de valores que lleva al *egocentrismo*, porque son valores que quien los comparte se empobrece.

En cambio, la jerarquía de valores que nos descubre el contacto con la persona enferma, son valores que nos llevan a una apertura: la incapacidad (en más o en menos) del enfermo nos descubre nuestra dependencia y necesidad de los otros; al mismo tiempo que al enfermo le hace sentirse dependiente, a los demás nos hace sentirnos solidarios; el sufrimiento del enfermo y el dolor físico que le encierra y le mete dentro de sí mismo, a los demás nos hace desear ser prójimo para saber ayudarle; la angustia que, frecuentemente, atenaza al enfermo, a los demás nos impulsa a ser fraternos para así poder acompañarle; el pensamiento del fin de la vida, que suele acompañar al sentimiento de enfermedad, o a la contemplación de la misma, a los demás nos hace pensar que «no hay que matar el tiempo sino vivir la vida» y aprovecharla porque es corta.

En definitiva: la dignidad y el respeto a la persona se descubre y se aprende pronto y sin equivocaciones cuando se está al lado del enfermo y con los ojos y oídos abiertos. Lo que allí se aprende se puede resumir en la frase tan oída por frecuentemente repetida por las personas, familiares o no, que visitan a los enfermos en los hospitales: ¡qué falta hacía que pasáramos todos por aquí de vez en cuando para ver si dejábamos de ser tan egoístas y nos portábamos mejor unos con otros!

En resumen: todo este transfondo que hay en la vuelta de la mirada hacia los enfermos, es lo que se ha querido desvelar y sacar a la luz a lo largo de esta Semana de Pastoral Sanitaria.

ESTRUCTURACION DEL PROGRAMA Y CONTENIDO DE LA SEMANA

Con la finalidad antedicha se estructuró el programa y se buscaron unos objetivos concretos:

a) Dar un conocimiento de la sociedad actual en relación con el enfermo; decir cómo ha respondido la sociedad a las necesidades del enfermo y, destacar cómo se piensa hoy que ha de ser la organización de una sanidad y, con ello, hacer ver cómo ya se está de vuelta de una manera de concebir y practicar la medicina y, más ampliamente, de entender la sanidad; y, finalmente, en esta línea, hacer ver que la salud es un concepto muy amplio que cada vez es más complejo, que implica y requiere estudios y esfuerzos interdisciplinarios y que atañe a todos y, por tanto, es problema del que todos hemos de sentirnos responsables.

b) Al tiempo que se trataban los aspectos anteriores, también se hablaba en la Semana del puesto del enfermo

en la comunidad cristiana, qué representa y cómo se le acepta; qué respuesta ha dado la iglesia local, qué hace hoy la comunidad parroquial de cara a los enfermos y qué puede y debe hacer; qué experiencias zonales o sectoriales hay en marcha; cómo los creyentes que trabajan en el hospital han de ser una comunidad al servicio del enfermo; y cómo la religiosa sanitaria ha de estar en búsqueda de una presencia actualizada y adecuada a la nueva situación del enfermo y del hospital.

c) Las charlas finales estaban dirigidas a abrir caminos en la pastoral de enfermos. Se habló de la necesidad de una catequesis a los sanos sobre la enfermedad, el dolor y la muerte y así iluminar desde el Evangelio *la otra cara* de la vida, dando un sentido y visión actual de estas realidades en orden a favorecer la posibilidad de asimilarlas y vivirlas en cristiano cuando se nos presenten en nuestra propia vida. Se señalaron unas pistas de actuación para una pastoral organizada, superando los límites parroquiales, buscando una organización de sector, aunando y aprovechando fuerzas, despertando inquietudes y, sobre todo, insistiendo en que el enfermo no es un elemento pasivo en la comunidad, sino que ha de ser elemento activo y que ha de estar inserto e integrado en la comunidad cristiana. Finalmente, se destacó el aspecto prioritario de la atención pastoral a los enfermos, pues ellos forman parte de los pobres del Evangelio, de los que son evangelizados.

d) También ha habido reuniones de grupos, en ellas ha habido una reflexión personal acerca de lo que representa el enfermo para nosotros, cómo lo vemos; qué cualidades ha de tener la persona que trata y cuida a los enfermos; cómo nos portamos y les tratamos nosotros; terminando con una revisión de la pastoral que se realiza a nivel personal y organizativo.

e) Otro aspecto importante de la Semana es el de las *experiencias, testimonios y Mesa redonda*. Ha sido una manera de ampliar horizontes, de despertar deseos de búsqueda, de hacer vibrar con vivencias ajenas. Se trató de los problemas que se le presentan a una familia con un miembro enfermo; de la riqueza en las posibles maneras de presencia de las religiosas fuera de los centros sanitarios; de las profundas vivencias cristianas de los enfermos cuando hallan una comunidad que los acoge y comprende. Especialmente es de destacar la intervención de un grupo de minusválidos; fue realmente un *testimonio*, es decir, *testificaron* con sus vidas del encuentro con Cristo y de la presencia del Espíritu.

DESARROLLO DE LA SEMANA Y ASISTENCIA A LA MISMA

Los cinco anteriores aspectos dieron interés y densidad a la Semana y se conjuntaron y complementaron de tal manera que realmente se alcanzaron los objetivos inicialmente señalados. Las conferencias, las reuniones de grupo, las intervenciones todas, han sido fruto de un trabajo e interés de todos los que intervinieron. No han sido charlas para salir del paso, sino pensadas y maduradas de acuerdo con el tema y el contenido y finalidad de la Semana. Hay que dar públicamente las gracias a todos por su preocupación y por el trabajo de preparación y desarrollo de sus intervenciones. Es un material rico el resultante de lo expuesto en la Semana y el que se ha añadido en la carpeta y que está en relación con el tema.

Todo ello estará pronto a disposición de aquellos a quienes pueda interesar.

Llegamos al punto negro de la Semana: la asistencia. Hay que decir que el número de personas matriculadas fue un 20 % superior al de otros años, han sido en número de 122 las matrículas. Pero, a pesar de ello, la asistencia fue deficiente, porque un objetivo principal de la Semana era multiplicar la asistencia de sacerdotes y seglares de las comunidades parroquiales; para ello, se organizaron charlas por la mañana, durante tres días, para así facilitar la asistencia de sacerdotes, pero ésta fue mínima. También por la noche fue escaso el número de sacerdotes y seglares; si bien mayor que otros años, fue menos de lo esperado.

Quizás hubo fallo en el anuncio de la Semana a nivel de vicarías y sectores; la propaganda a las parroquias fue menos intensa que otras veces, no se enviaron carteles anunciadores de las conferencias de la noche y recordando que la entrada era libre, como se hizo otros años; en los programas de mano se hablaba de una cuota de inscripción y no se señalaba la posibilidad de asistir sin abonar la matrícula.

Ha sido un fallo organizativo que ha restado eficacia a la Semana. Pero con lo negativo lo positivo: el interés, preocupación y deseo de compromiso en los asistentes. Sinceramente, creo que fruto de esta Semana va a ser un crecimiento grande de la pastoral de enfermos en extensión por la diócesis, en intensidad de acción y en organización del secretariado.

Se ha visto una madurez mucho mayor en el compromiso de los seglares; el descubrimiento y afirmación en unas líneas de actuación; la perseverancia y saber hacer de un buen grupo de personas de diversas comunidades parroquiales... Las religiosas sanitarias están más inquietas por encontrar la manera de una presencia de iglesia más en consonancia con las necesidades de los hombres y de los enfermos, en particular... Los sacerdotes desean descubrir modos, saber ser impulsores e iluminadores, conscientes de que cada vez dependerá menos de ellos esta pastoral porque cada vez ha de ser más evangelizadora y no quedar reducida, como ahora sucede en muchos casos, a una administración de sacramentos.

Como conclusión única diría: las comunidades cristianas se van sensibilizando ante el hecho de la persona enferma. De ahí una mayor preocupación por una acción pastoral adecuada. La manera y modo de incorporación de los seglares a esta pastoral, sigue distintos caminos:

a) Un camino es el seguido por algunas comunidades parroquiales o por varias de un sector; en estos casos, un grupo de seglares se compromete en esta pastoral como miembros activos de esa comunidad y se presentan ante el enfermo como miembros de la misma y están fuertemente vinculados a la labor evangelizadora de la parroquia. Como ejemplo de este camino se puede citar el grupo de Evangelización y Asistencial de la Parroquia Cristo Rey.

b) Otro camino es el seguido por grupos de visitadores de la parroquia, que junto a la labor evangelizadora desarrollan una labor caritativo-benéfica y suelen estar muy unidos a Cáritas. Existen en muchas parroquias y con diversidad de variantes y de organización y métodos; pero con eficacia para el descubrimiento y trato con el enfermo.

c) Hay que señalar, también, las Asociaciones (Conferencias de San Vicente, Legión de María...) que, con radicación en la parroquia, sus miembros actúan con cierta independencia de la misma y se presentan ante el enfermo como miembros de la Asociación a que pertenecen.

d) Son de destacar las nuevas organizaciones, con poco o ningún carácter confesional, que intentan una ayuda y un servicio al enfermo a manera de compañía y apoyo. Puede ser ejemplo de ellas la de *Donantes del tiempo libre*.

e) Y como Asociación de enfermos y para enfermos hay que citar la Fraternidad Católica de Enfermos, Asociación en la que sólo hay enfermos y es para ellos. Asociación con fuerza, con espíritu, con capacidad de atracción y poder de expansión. Y junto a ella está *Auxilia*, la Asociación de los sanos para ayudar a los enfermos en su perfeccionamiento y progreso humano.

LUGO

PRIMEROS PASOS DE LA PASTORAL SANITARIA

No es aventurado afirmar, que la diócesis de Lugo, tiene una gran fe cristiana, no en vano su capital, lleva la denominación de la *Ciudad del Sacramento*, en donde desde tiempos inmemoriales se adora al Santísimo Sacramento, expuesto continuamente noche y día en su catedral. La devoción a la Eucaristía y a la virgen de *Los ojos Grandes* es algo que nace y se desarrolla con la misma persona, en nuestros lucenses.

La religiosidad y la superstición; el sentimiento y la morriña; la devoción y las devociones; el gozo y el dolor; la salud y la enfermedad; la vida y la muerte; lo temporal y lo eterno, son realidades, que tal vez los gallegos y más concretamente los lucenses, vivimos de forma distinta. No juzgo, si mejor o peor, sino diferente. Los familiares y amigos del enfermo, no tenemos el peligro de abandonarlo, cuando entra en un centro sanitario, nuestro problema y peligro es que todos queremos estar a su lado, en su habitación. El ritmo de la vida de toda una familia, se rompe, cuando un miembro enferma.

Me he apartado del objetivo propuesto, pero pienso, que intentar enmarcar unos pasos dados, en una realidad concreta y viva, podía ser interesante.

El obispo de la diócesis, doctor don Antonio Ona de Echave, siempre tuvo una gran preocupación y la sigue teniendo, por la Pastoral Sanitaria; pruebas evidentes para ello, nos ha dado constantemente: sus visitas a los centros sanitarios en días tan señalados como son la Noche Buena, el día de Navidad, el Domingo de Pascua o Resurrección, el día de San José, etc., nos manifiestan su interés por los enfermos. Desde que se empezaron a celebrar cursillos, convivencias, reuniones, etc., de Pastoral Sanitaria, envió a ellos a algún sacerdote de la diócesis para que «se informara, se formara y después en la diócesis coordinara e impulsara la Pastoral Sanitaria».

En mayo de 1975, convoca el señor Obispo a unos cuantos sacerdotes. Quiere realizar en toda la ciudad de Lugo unas *Jornadas de renovación en Cristo* y a esta reunión, llama también a un capellán de un centro sanitario (Sanatorio Portela), para que se encargue de estas jornadas en el mundo sanitario. Este capellán, después de ex-

poner, que le parecía muy oportuno atender este campo, pero que veía improcedente que se le designase a él esta difícil misión (razones no le faltaban, porque aparte de otras cosas, está sobrecargado, ya que es profesor del Instituto, del Seminario, archivero del Obispado...), su respuesta fue: «*Búsquese amigos y trabajen todos*». Pienso que hasta ahora he obedecido la consigna del Pastor, sobre todo en la primera parte.

«*Búsquese amigos*»: Al día siguiente llamó a un amigo; entre los dos buscaron un tercero; entre los tres un médico; entre los cuatro un asistente social y así sucesivamente. Veinte reuniones, para llegar a los veintiuno que componíamos el equipo. Hoy estamos: El vicario de Pastoral, don Indalecio Gómez; el delegado de Pastoral Sanitaria Regional, don Digno Mariño (no es de la diócesis, pero es diocesano *adoptivo*); cuatro capellanes: el del Hospital Provincial, don José Palmón; el del Sanatorio Antituberculoso de Calde, don Gerardo Rodríguez; el de los Ojos Grandes, don Alejandro Pin y el de Portela, don José Lebón; siete religiosas sanitarias, residencia, sor Flora y sor Adela; hospital, sor Margarita y sor Nieves; Calde, sor Nieves; Portela, sor Trinidad, y Sanatorio Psiquiátrico de Castro, sor Leonila; dos asistentes sociales, Cáritas, Carmen Rof, y Auxilia, Ana Sande; un representante de los medios audio-visuales, don Jesús Mato; dos formadores del Seminario, don Edelmiro Ulloa y Daniel García; un médico, el doctor Buide; tres A.T.S.F.; tres auxiliares de clínica y un celador. Total somos: veinticuatro amigos.

«*Trabajen*»: Desde mayo de 1975, nos venimos reuniendo cada mes o mes y medio (julio y agosto nos damos vacaciones). Hasta octubre de 1975, el *objetivo principal*: preparar las *Jornadas de Renovación en Cristo*.

Escribimos una carta a todos los sacerdotes de la diócesis, pidiéndoles que nos enviaran las direcciones de los enfermos de su parroquia, dado que desde un principio hemos pensado, no sólo en los enfermos hospitalizados, sino también en los enfermos *profesionales* o crónicos. A los sacerdotes de la ciudad se les entregó personalmente la carta. Con las direcciones recogidas por este medio y completadas por otros datos, facilitados por los organismos oficiales, hemos conseguido un buen número de datos.

Escribimos dos cartas a los enfermos, la *primera* presentándonos y la *segunda* enviándoles el programa y a los que podíamos, unas letras personales.

En octubre se celebran dichas jornadas, según el programa adjunto; además se dieron charlas especiales en varios centros sanitarios. El final o clausura, se celebró una *Misa de enfermos* muy emotiva en la Catedral.

Después de las *Jornadas* seguimos con las reuniones:

- a) La revisión de lo hecho.
- b) Asignar una función a cada miembro del grupo (asistencia social, contestar cartas a los enfermos o escribirles, visitar a los enfermos especiales, etc.).
- c) Nuestra formación sanitaria y espiritual y el *objetivo principal*: *consolidar nuestro grupo de amigos formado*.

CURSO 1976-77

En la primera reunión del mes de octubre, vimos la necesidad de programar el curso, para ello pensamos en un día de retiro en la Casa Diocesana.

Dirigió este retiro don Digno. A la mañana lo dedicamos a la reflexión personal, después de una larga y sabrosa meditación. A la hora de comer tuvimos un rico cambio de impresiones y por la tarde se procedió a la programación. Se acuerda:

a) Elegir un delegado que coordine, se hace la elección y sale elegido, con votación unánime: don José Lebón. Este no quiere aceptar, y al final acepta con la condición indispensable de que *todos* los amigos sigan colaborando y mientras no sea posible nombrar otro. El señor Obispo, confirma tal elección.

b) Coinciden todos en proponerse como objetivo especial y principal para este curso, intentar formar un grupo o fermento en cada centro sanitario. Para ello se programan:

- Reuniones a nivel de centros.
- Festivales a nivel de centros.
- Excursiones.
- Otras actividades en los centros.

c) *Consolidar el grupo definitivamente*, para ello se programan:

— Reuniones de este grupo cada mes o mes y medio para comunicar lo que se hace en cada centro, formación de los miembros, sugerir actividades, programar.

— Alguna jornada de retiro.

— Alguna excursión.

— Pensar en un posible cursillo para la diócesis.

A través del año, con sus fallos, se llevó a la práctica lo programado. En nuestra última reunión del mes de junio, pensamos hacer una clausura solemne. Surgen ideas y por fin se acepta por unanimidad: *excursión al Monasterio de Samos* y celebrar allí una gran merienda. Cada miembro del grupo, aportará algo típico del lugar de donde es natural y no faltó nada desde el pan pasando por finas truchas (en el grupo, hay un pescador) y terminando por el aguardiente de Puertomarín para la *Queimada*. Fue un día alegre e inolvidable para todos.

CURSO 1977-78: EL CURSILLO DE PASTORAL SANITARIA EN LOS DIAS, 28, 29 Y 30 DE SEPTIEMBRE

El compromiso estaba adquirido y antes de las vacaciones del verano había que hacer algo. Antes de nada, contar con los directores: don Rudesindo Delgado; sor Isabel con Marisa y don Digno. Aceptan venir en septiembre, señalada la fecha y pulsado un poco el ambiente de la base de los posibles cursillistas, ya tranquilamente, nos permitimos las vacaciones de verano.

Los últimos días de agosto, la gente regresa de vacaciones y a pesar de las vacaciones *pasadas por agua*, todos rebotamos de optimismo y acordamos una reunión, para la preparación inmediata del cursillo.

El día seis de septiembre tuvimos la reunión y después de un informe de lo hecho anteriormente, se acuerda formar varias comisiones, con una misión concreta cada una:

a) Lo primero contar y pedir la Gracia del Espíritu: oración y sacrificio nuestro, de los nuestros, de los enfermos, de las comunidades de religiosas de Contemplación, etcétera.

b) Organización del cursillo.

c) Contacto personal, invitando a la asistencia.

d) Propaganda a través de la Radio, Prensa y Televisión.

Dos reuniones más, el catorce y el veintidós y el cursillo en marcha.

Durante los días 28-30, asisten al cursillo 248 personas: 7 capellanes sanitarios; 6 sacerdotes de parroquias; 3 sacerdotes del seminario; 25 religiosas; 38 ATS; 50 auxiliares sanitarias; 9 celadores; 40 miembros de movimientos juveniles relacionados con el mundo de la salud y el resto de personas relacionadas con enfermos fuera de centros sanitarios. Como se ve, el 80 % de los asistentes eran seglares.

El cursillo tiene doble sesión: mañana y tarde, para facilitar la asistencia a los que trabajan.

Cada sesión empieza por una charla o conferencia: «El mundo de la salud»; «La salud en la provincia de Lugo» (dada por el jefe de sanidad: don Cándido Castiñeiras) y «La Iglesia y el mundo de la salud». Después había reflexión personal; trabajo en grupo y puesta en común.

Este cursillo-convivencia terminó en una colosal *Queimada*, de diez a doce de la noche, a la que asistieron, tanto los cursillistas de la mañana, como de la tarde. Al final de la misma, se tuvieron unas completas, que no dudo de calificarlas de «fervorosas, grandiosas y vivas».

Al mismo tiempo que se celebraba el cursillo se tuvieron unas conferencias para todo el público, a las ocho y media, en el salón de actos del Colegio Médico, con los temas siguientes:

Día 28: El hombre actual y su vivencia de la salud y la enfermedad.

Día 29: La sociedad y su respuesta al deseo de vivir del hombre actual.

Día 30: La Iglesia y respuesta al deseo de vivir del hombre actual.

Los objetivos de estas jornadas, según se manifestaba en el programa era:

a) *Informar*: Sobre la situación real del mundo de la salud en España y en Lugo.

b) *Compartir*: Preocupaciones, inquietudes, problemas que estamos viviendo.

c) *Buscar*: En común, caminos nuevos de presencia en este mundo de la salud.

Pasadas nuestras fiestas patronales de San Froilán, el día 25 de octubre, tuvimos una nueva reunión los del Secretariado, en ella tratamos los puntos siguientes:

a) Revisión del precursillo y cursillo.

b) Qué cosas nos piden los cursillistas o base.

c) Qué les podemos y debemos dar nosotros. Se acuerda:

— Que dos miembros del Secretariado (elegidos por cada centro), dirijan la primera reunión que debe celebrarse en cada centro con los asistentes al cursillo, en los primeros quince días del mes de noviembre.

— Tendríamos una nueva reunión, para ver la forma de dirigir ese encuentro, los que sean llamados.

— Formar en cada centro un *Comité* que sea el promotor de las actividades en el mismo.

— Respetar siempre, y de una forma especial en este curso, el ritmo y las peculiaridades de cada centro.

— Reunirnos de nuevo el Secretariado, a finales de noviembre, y a la vista de las exigencias de la base de cada centro, programar el curso.

— Pedir ayuda (esquemas, programación, etc.) a la Delegación Nacional, y mantener el contacto con la misma.

JOSÉ LELÓN SÁNCHEZ

LA VERDAD SOBRE LA ENFERMEDAD GRAVE

Pide monseñor Delicado Baeza que le avisen cuando llegue la hora de su muerte, «porque tal ocultamiento, que parece una mentira piadosa, puede ser una colosal falta de caridad.

Con esas disuasiones, los moribundos se aferran a la esperanza de su vida anterior, cuando habrían de mirar confiadamente a su futuro, que es Dios. Para la filosofía marxista la muerte aparece como una victoria de la especie sobre el individuo concreto. Sólo sobrevive la especie, porque las personas se disuelven totalmente.

La verdad es que a la concepción materialista, de uno u otro signo, no le es posible concluir de manera diferente. Si todo se quiere hacer depender de la experiencia, la muerte se manifiesta como una aniquilación de la propia conciencia, como una desaparición total del yo. La experiencia siempre es exterior a la misma muerte: se ve morir a los demás, pero no se experimenta la propia muerte.

El conocimiento de la propia muerte y del más allá nos viene de fuera de nosotros mismos, de la Palabra de Dios. No hay otro método para conocer estas realidades; porque más allá de esta frontera no llega ni la experiencia ni la ciencia. Pero mientras que toda investigación o imaginación puramente humanas fracasan ante este hecho, la fe cristiana ayuda al hombre a descubrir su sentido. El cristiano cree, por eso, que se trata de un paso hacia la plenitud. Depende, claro está, de cómo se haya vivido. Es un encuentro con Cristo, que introduce en una vida nueva como la suya.

Hacer memoria de nuestros difuntos no es hundir desesperadamente nuestro recuerdo en la muerte, como si se tratara de un naufragio total, sino abrir nuestro corazón a la esperanza de la vida».

Monseñor JOSÉ DELICADO BAEZA
Arzobispo de Valladolid

LINARES (CHILE)

LOS HECHOS

Con Misa oficiada por el vicario general y capellán del Hospital Base de Linares, monseñor Humberto Genaro Meza Rojas, se celebró *El día de la Enfermera* en el primer centro asistencial sanitario de la diócesis. En su intervención durante la homilía, el padre Meza, entre otras cosas, dijo: «Nuestra misión en este hospital es seguir tras las huellas del buen samaritano. Hacer el bien sin preocuparnos de interrogar al que espera nuestra acción reconfortante. Hacer el bien sin mirar al lado, hacerlo sólo por amor, hacerlo porque tenemos fe en el Señor Jesús, el Hijo de Dios-Amor, que no quiso dejarnos otro mandamiento que el mandato del amor. Dispongámonos todos a acoger al que acude a nosotros en busca de alivio. Más aún, busquemos a quién servir. No nos cansemos nunca de entregar todo nuestro aporte a lo que el Papa quiere que sea *la civilización del amor*.

El BOE informa

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

28232

ORDEN de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Ilustrísimo señor:

El Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, establece en su artículo 5.º que los planes de estudio de las enseñanzas que se comiencen a impartir en las mencionadas Escuelas serán elaborados por las propias Universidades, de acuerdo con las directrices que debe marcar al respecto el Ministerio de Educación y Ciencia de conformidad con lo preceptuado por el artículo 37 de la Ley General de Educación. A su vez, dentro de cada Universidad, una Comisión Gestora constituida de conformidad con lo dispuesto por el artículo 4.º del Decreto que contemplamos, tendrá encomendada la misión de asesorar al Rector en la elaboración de los respectivos planes de estudios.

La realización de estas tareas por los órganos mencionados, exige que, por parte del Ministerio de Educación y Ciencia, se señale unas directrices, como marco general, dentro del cual cada Universidad pueda proponer su plan de estudios, bien entendido que mediante estas directrices se pretende que, sin perjuicio de la autonomía universitaria y las peculiaridades de cada Distrito, los planes de estudios posean una cierta homogeneidad, de modo que se permita al alumnado el posterior desarrollo de sus funciones profesionales en todo el ámbito nacional.

Mediante estas directrices se pretende, además, que el contenido de las enseñanzas a impartir por las nuevas Escuelas Universitarias de Enfermería esté orientado al logro del conocimiento del ser humano, tanto en estado de salud como de enfermedad, dentro del área propia de la Enfermería, que ha de desarrollarse a través del conocimiento de las ciencias biológicas básicas, de los postulados de las llamadas ciencias de la conducta, de los principios básicos médicos, de las ciencias de la enfermería y de las disciplinas de la salud pública.

Por último, ha parecido conveniente también concretar las directrices en un plan indicativo donde se especifican, por cursos y áreas de materias, las asignaturas consideradas fundamentales, susceptibles de acomodación por las Universidades, de modo que se facilite no sólo su valoración global sino también las convalidaciones correspondientes.

En su virtud, previo informe favorable de la Junta Nacional de Universidades,

Este Ministerio ha dispuesto:

Primero.—Conforme a lo establecido en el artículo 37.1 de la Ley General de Educación, de 4 de agosto de 1970, las Universidades se acomodarán en la elaboración de los planes de estudio de las Escuelas Universitarias de Enfermería a las directrices siguientes:

1. Los planes de estudio se estructurarán en tres años.

2. Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimientos:

- Ciencias básicas.
- Ciencias médicas.
- Ciencias de la enfermería.
- Ciencias de la conducta.
- Salud pública.

3. El número total de horas de las enseñanzas se fija en un mínimo de 4.600, debiendo dedicarse a la formación práctica, al menos, el cincuenta por ciento del total. La enseñanza teórica, la formación práctica, los conocimientos técnicos y el adiestramiento clínico deben estar coordinados e integrados.

4. Las asignaturas obligatorias señaladas por las Universidades para la totalidad de los cursos que componen el plan de estudios no deberán sobrepasar el número de 16. A su vez, las asignaturas optativas que podrán proponer las Universidades no serán más de cuatro, entre las que tendrá que incluirse necesariamente una asignatura denominada «Ética Profesional», de manera que no rebase el número de veinte asignaturas el total de las incluidas por ambos conceptos en el Plan de Estudios.

5. De cada una de las disciplinas que se incluyen en los mencionados planes de estudio deberá figurar una breve descripción de su contenido.

6. Las Universidades procurarán adaptar los planes que propongan al que, a título indicativo, se recoge en el anexo de la presente Orden ministerial.

7. Los correspondientes planes de estudio, una vez elaborados con el asesoramiento de la Comisión Gestora, creada con dicha finalidad por el artículo 4.º del Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, habrán de ser elevados al Ministerio de Educación y Ciencia a través de la Dirección General de Universidades (Subdirección General de Ordenación Académica), en el plazo de quince días a contar desde el siguiente de la publicación de esta Orden en el «Boletín Oficial del Estado», para su posterior aprobación, previo dictamen de la Junta Nacional de Universidades.

Segundo.—En la elaboración de los planes a que se refiere el número anterior se tendrá también en cuenta el procedimiento que determinen los Estatutos de cada Universidad, particularmente en lo que se refiere a la consulta a los órganos de representación colegiada.

Tercero.—En caso de que alguna Universidad no elabore en el plazo indicado en el número 7 de las anteriores directrices, los planes de estudio que hubieren de seguirse en las Escuelas Universitarias de Enfermería que se integren en la Universidad, a tenor de lo previsto en el artículo 1.º del Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, el Ministerio de Educación y Ciencia podrá hacer uso de la autorización que le concede el inciso final del apartado 1 del artículo 37 de la Ley General de Educación.

Cuarto.—Se autoriza a la Dirección General de Universidades para dictar las Resoluciones e instrucciones que considere oportunas para la interpretación y desarrollo de lo establecido en la presente Orden, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «BOE».

Lo que comunico a V. I. a los efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 31 de octubre de 1977.

CAVERO LATAILLADE

Ilmo. Sr. Director general de Universidades.

1. Clasificación de las asignaturas por áreas de materias

Áreas	Primer curso	Segundo curso	Tercer curso
Ciencias básicas	Biofísica y Bioquímica		
Ciencias médicas	Anatomía y Fisiología	Farmacología clínica y dietética	Farmacología clínica y Terapéutica física
Ciencias de la conducta	Ciencias de la conducta I	Ciencias de la conducta II.	Ciencias de la conducta III
Ciencias de la Enfermería	Enfermería fundamental	Enfermería médico-quirúrgica I Enfermería materno-infantil	Enfermería médico-quirúrgica II Enfermería psiquiátrica y geriátrica
Salud pública Optativas		Salud pública I.	Salud pública II

ANEXO

2. Cuadro de asignaturas fundamentales

	Duración
1.1 PRIMER CURSO	
<i>Asignaturas</i>	
Biofísica y Bioquímica	Cuatrimestral
Enfermería fundamental	Anual
Anatomía y Fisiología	Anual
Ciencias de la conducta I (Psicología general y evolutiva)	Cuatrimestral
1.2 SEGUNDO CURSO	
<i>Asignaturas</i>	
Farmacología clínica y dietética	Anual
Enfermería médico-quirúrgica I	Anual
Ciencias de la conducta II	Cuatrimestral
Salud pública I	Anual
Enfermería materno-infantil	Cuatrimestral
1.3 TERCER CURSO	
<i>Asignaturas</i>	
Farmacología clínica y Terapéutica física	Anual
Enfermería médico-quirúrgica II	Anual
Ciencias de la conducta III	Cuatrimestral
Salud pública II	Anual
Enfermería psiquiátrica	Cuatrimestral
Enfermería geriátrica	Cuatrimestral

3. Descripción de los contenidos

Primer curso. En el primer curso, el contenido de Biofísica y Bioquímica se considera fundamental, tanto para la comprensión de los fenómenos físicos y bioquímicos de la enfermedad base desde el punto de vista de enfermería como para la realización de aquellos cometidos profesionales fuertemente apoyados en bases tecnológicas.

Los estudios de Anatomía han de tener un mínimo contenido de Anatomía descriptiva, haciendo mayor énfasis en la Anatomía funcional. Siempre que sea posible debe explicarse coordinada e íntegramente con la Fisiología.

Dentro de la Anatomía han de considerarse aspectos básicos de Embriología (con complementos de Genética) y Citología.

La Enfermería fundamental comprende los conceptos fundamentales de la Enfermería y las ciencias auxiliares de la misma, entre las que hay que enumerar: Principios generales de Matemáticas y Bioestadística, principios generales de Administración y Legislación, así como elementos de Pedagogía. Debe estudiar también el Proceso de Enfermería, que comprende la dinámica de las distintas etapas del quehacer profesional.

Se incluyen igualmente los conocimientos del ciclo Salud-Enfermedad y Microbiología. La Microbiología ha de comprender el estudio de la Bacteriología, Parasitología y Virología, conocimientos básicos del importante papel etiológico de los agentes vivos en el desencadenamiento de muchas enfermedades cuya prevención y tratamiento han de ser bien conocidas por el diplomado de Enfermería. Ha de comprenderse también como introducción el área de conocimientos de la medicina comunitaria en el campo concreto de la Salud pública.

La Psicología general y evolutiva es la representación en el primer curso de las disciplinas de las Ciencias de la conducta, que habrán de considerar también la introducción a las relaciones interpersonales y al conocimiento del grupo.

Segundo curso.—La Farmacología clínica ha de comprender el estudio de la acción de los medicamentos en el ser humano y especialmente el conocimiento de los efectos indeseables de los mismos y de las interacciones medicamentosas. También se incluyen los conocimientos de Dietética y Nutrición, que han de ser la base para actividades asistenciales y de educación sanitaria del diplomado de Enfermería.

En la Enfermería médico-quirúrgica I se incluyen los estudios de Patología médica y quirúrgica referente a los diferentes sistemas y aparatos en aquellos aspectos diagnósticos y terapéuticos que interesan al diplomado de Enfermería para la comprensión de los procesos morbosos, especialmente los mecanismos fisiopatológicos de su producción, que han de darle el fundamento lógico para el desarrollo de sus actividades dentro del campo cooperativo de la medicina de grupo.

En las Ciencias de la conducta de este segundo curso han de estudiarse, además de los aspectos psicossociológicos del enfermo y la enfermedad, las relaciones interper-

sonales, la psicología de los grupos humanos y la peculiar problemática psicológica de los cuidados hospitalarios.

En la Salud pública I se incluyen estudios sobre higiene individual y colectiva y los aspectos sociales de la Puericultura, la Obstetricia y la Gerontología. Igualmente ha de comprender las ideas actuales sobre salud mental y prevención de los trastornos psíquicos y de la educación sexual. Ha de abarcar también el estudio del medio social, económico y cultural en que se mueven los miembros de una determinada comunidad, por el importante papel que ejerce sobre el mantenimiento de la salud y los condicionamientos de la enfermedad.

Se incluyen en la Enfermería materno-infantil los conocimientos anatómo-fisiológicos, patológicos y psico-sociológicos del niño, el adolescente y de la madre en las etapas prenatal, natal y postnatal.

Tercer curso.—Continúan durante el tercer curso las enseñanzas de Farmacología clínica, a las que se añaden las de Terapéutica física, entre las cuales la rehabilitación ha de jugar el papel más importante, junto con nociones de radioterapia.

La Enfermería médico-quirúrgica II es la continuación de los estudios iniciados en el curso anterior, abarcando los procesos patológicos de los sistemas y aparatos que no hayan sido estudiados anteriormente.

Las Ciencias de la conducta III comprenden estudios sobre psicología del trabajo en equipos y conocimientos básicos de psiquiatría.

La Salud pública II continúa los aspectos ya iniciados en el curso anterior, comprendiendo los aspectos y metodología necesarios para que el diplomado de Enfermería sea un agente activo en la educación sanitaria de la comunidad. Se estima que la duración ha de ser un mínimo de dos trimestres.

La Enfermería geriátrica contempla los aspectos patológicos que plantea el paciente geriátrico, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de Enfermería en estos procesos y su rehabilitación posterior.

La Enfermería psiquiatría abarca los conocimientos teórico-prácticos precisos que permitan al diplomado de Enfermería abordar de forma adecuada y efectiva la problemática psiquiátrica en las diferentes áreas de asistencia.

4. Enseñanzas prácticas

Las enseñanzas prácticas se establecerán en cada curso, de acuerdo con las necesidades de cada área de conocimientos, buscando que en ellas exista la traducción a la realidad de los conocimientos teóricos no sólo como testimonio de la objetividad de los mismos, sino también con el propósito de proporcionar al estudiante la posibilidad del desarrollo de actitudes y habilidades. Se procurará hacer posible aquellas prácticas que, independientemente de poder ser realizadas en el medio hospitalario, extra-hospitalario, rural o urbano, concuerden con las áreas de conocimientos adquiridos (dispensarios de sanidad, guarderías, centros gerontológicos, establecimientos públicos y de trabajo, hospitales, etc.).

Dentro del total de horas docentes, la proporción entre teoría y práctica ha de ser variable, según la naturaleza de cada disciplina, y en este sentido la relación ha de ser mayor en las disciplinas cubiertas por las ciencias de la Enfermería, no debiendo ser en ningún caso menor a la realización del 50 por 100 del cómputo total.

LOS GRANDES FABRICANTES DE AUTOMOVILES HAN LLEGADO A UN ACUERDO

-Ahora le toca a Usted-

Autobianchi, Chrysler Simca, Fiat, Lancia, Renault, Seat, etc., equipan sus automóviles con MAGNETI MARELLI, la bujía rosa.

Puestos a ofrecer calidad, prefieren que sus automóviles salgan de fábrica con las bujías del más moderno diseño, construidas con los mejores materiales, la más avanzada técnica y el más estricto control de calidad.

Comprébelo. Pida que instalen en su coche MAGNETI MARELLI, la auténtica bujía rosa importada de Italia, con el grado térmico exacto para cada potencia.



La bujía rosa.

Importador exclusivo:

J. BELLOC ESCUTE, S.A.

Balmes, 164-166 - Tel. 217 08 00 - Barcelona-8





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

Cinta completa
de distribución de comidas

nuevo

cuando el niño deja el pañal
toda su piel merece

NATUSAN LOCION

la protección más natural
de la piel del niño



Presentación

Frasco de 150 ml.

Composición

Aceite de vaselina, glicerina, lanolina hidrosoluble, estabilizador, regulador del pH de la piel y excipiente acuoso c. s. 150 ml.

Forma cosmética

Loción hidratante.

Formato comercial

Caja cartón, conteniendo un frasco.

Via administración

Tópica.

Normas para la correcta aplicación

Extender sobre la piel con los dedos o algodón, haciendo un ligero masaje.

Indicaciones

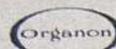
Especialmente indicada para el aseo del niño. Neutraliza la alcalinidad de los residuos de jabón y detergentes usados en la higiene del niño, protegiendo e hidratando al mismo tiempo la piel.

Loción Hidratante Benzon.

De venta exclusiva en

Farmacias.

No incluido en la A. S. S. S.



Organon Española, S. A.

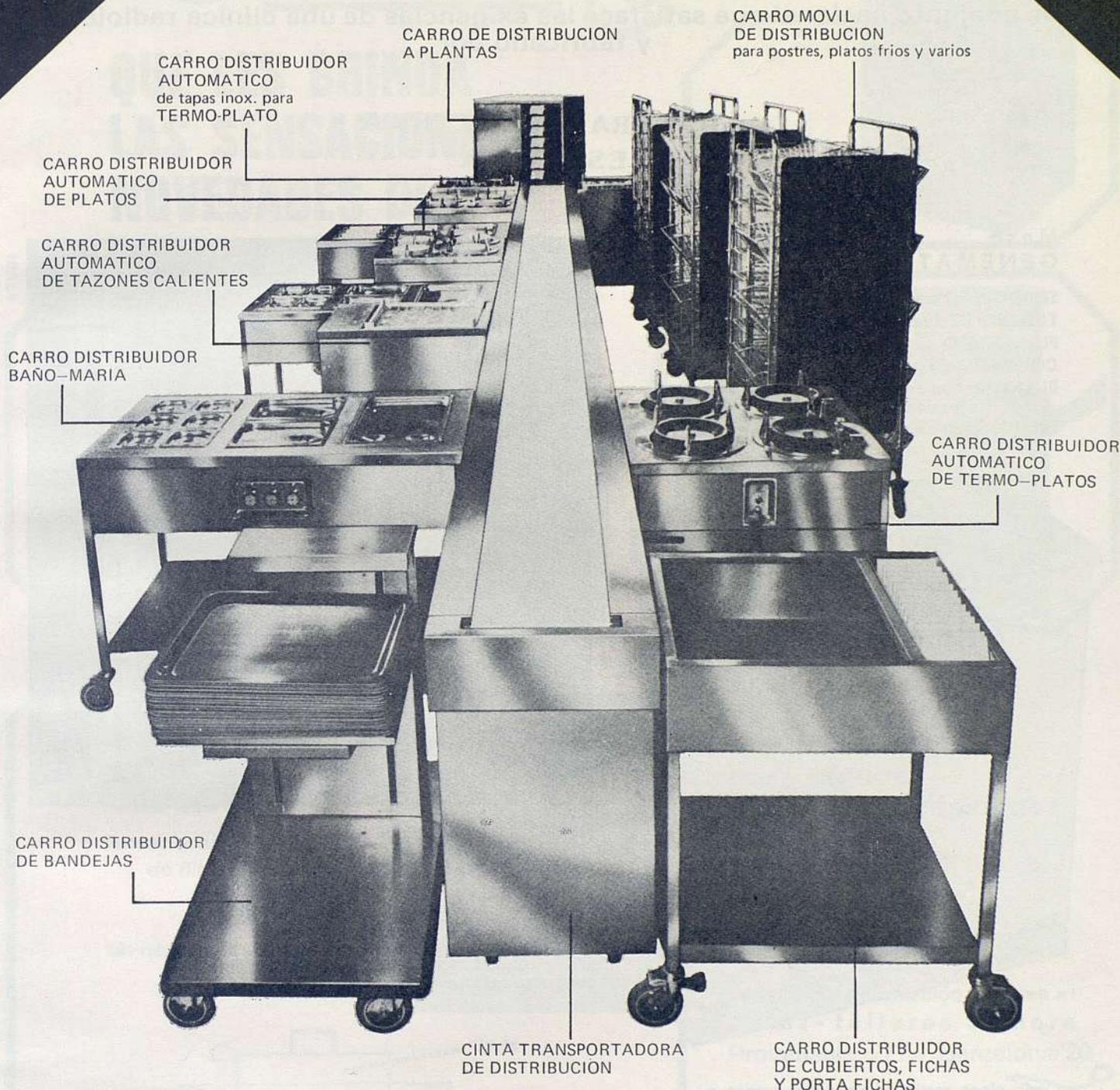
Apartado 43
San Baudilio de Llobregat
Barcelona

LABORATORIOS CUSÍ S.A



75 años
al servicio
de la
medicina

Cinta completa de distribución de comidas



ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 228 54 58 - 228 02 04 - 228 98 23 - 218 23 12 / 16

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n, GRANOLLERS

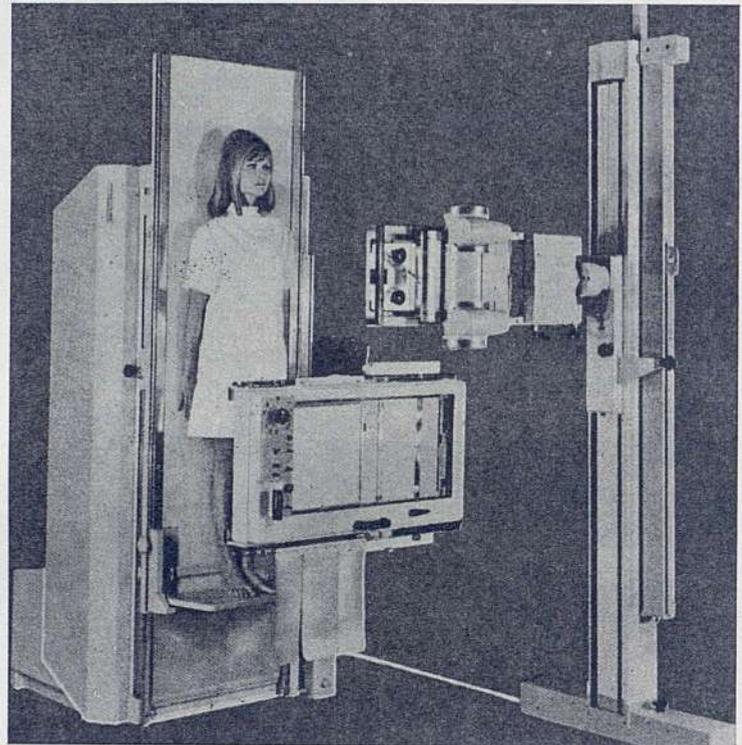
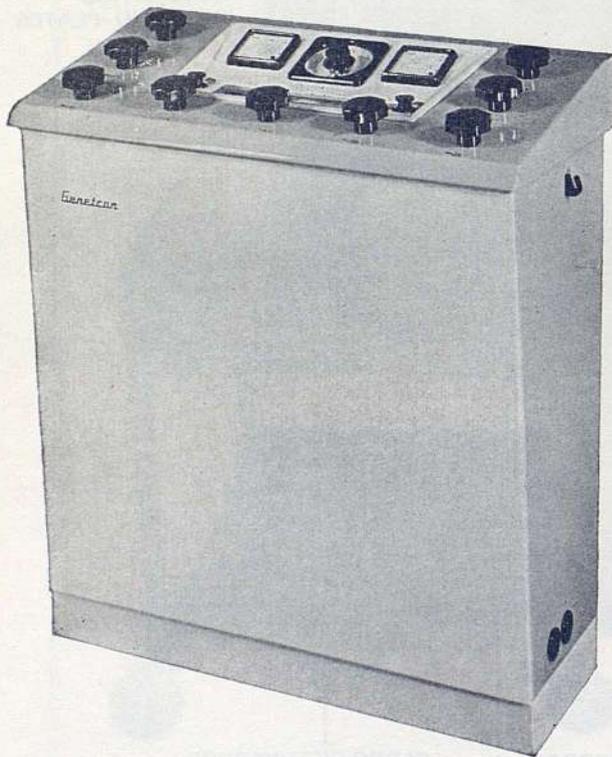
POR FIN...

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

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

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



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUNA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

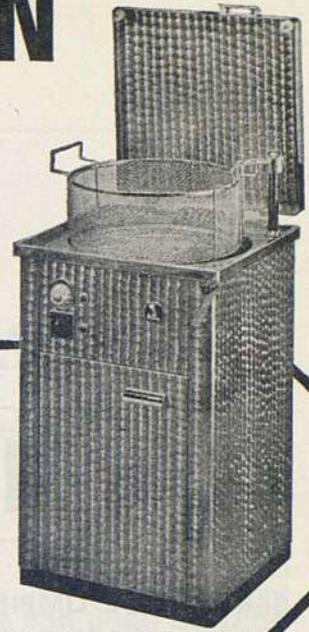
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

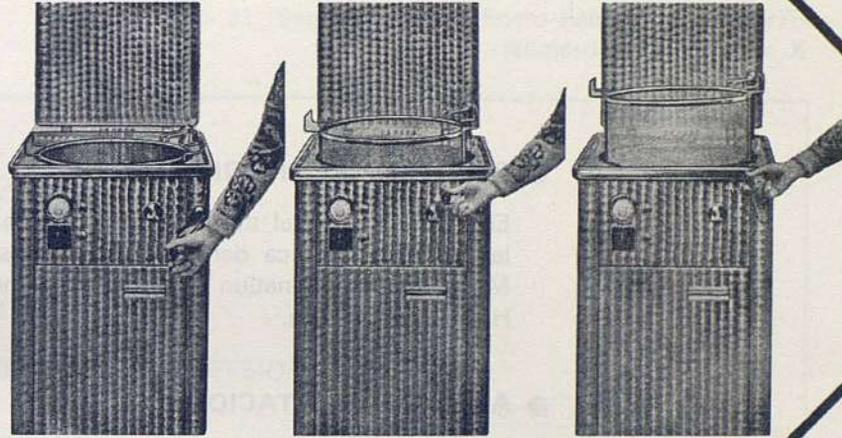
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

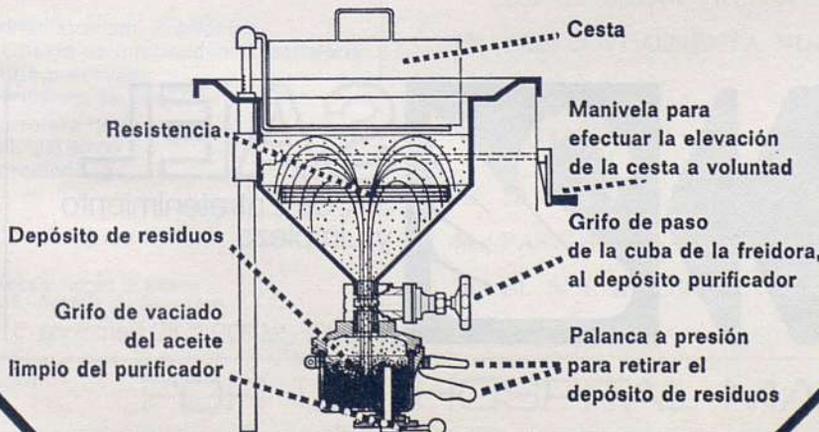
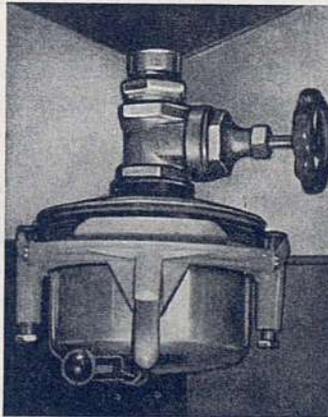
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

para mayor información dirigirse a:
JEMI - talleres J. Mora
Provencals, 277 - Barcelona-20

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

Domicilio

Población

Provincia

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:**

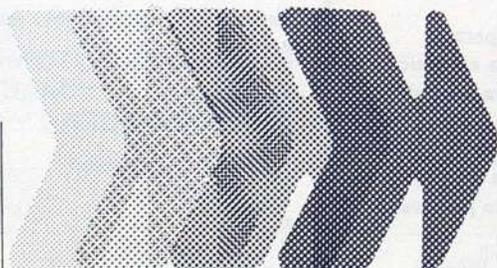
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

● **REFERENCIAS:**

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Enna, 157 - tel. 3092516 - Barcelona - 5



construcciones

Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

Completísima exposición de las marcas de
máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

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

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

Dirección telegráfica: WOMIG-Barcelona

CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

EMERSON

KOLSTER

Roberto Bassas, 34
Tel. 259 07 00*

Telex 54536
BARCELONA-28



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)

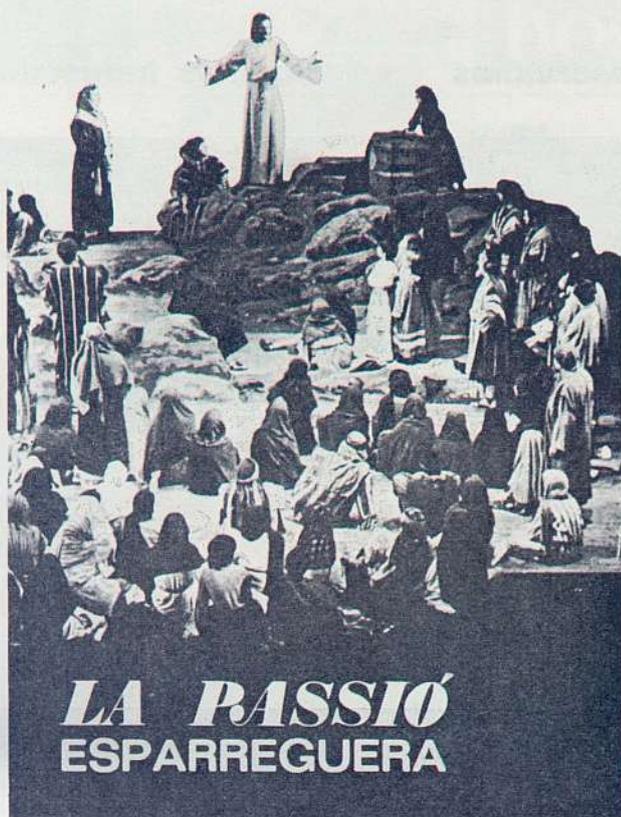
PURLOM 

La marca de confianza

JAIME RIBAS

Servicio Técnico: REGISTER / CARDIOLINE

Viladomat, 157 / Tel. 223 10 78
BARCELONA 15



LA PASSIÓ ESPARREGUERA

LA PASSIÓ D'ESPARREGUERA

REPRESENTACIONS TEMPORADA 1978

Dates:

- Febrer, 26.
- Març, 5, 12, 19, 23 (Dijous Sant) i 24 (Divendres Sant).
- Abril, 2, 9, 16 i 23.

INFORMACIÓ, ENCÀRRECS I RESERVA DE LOCALITATS

- **ESPARREGUERA PATRONAT DE LA PASSIÓ**
Tel. 777 15 85 (de 15 a 16 i de 20 a 22). Tel. 777 15 87 (de 17 a 20 hores). Els encàrrecs seran enviats contra reembossament.
- **BARCELONA:** Provença, 207 1.^{er}, Tel. 253 78 93. Merceria Santa Anna, Avda. Portal del Angel, 26 (de dilluns a divendres de 10 a 12,30).
CENTRE DE LOCALITATS: Plaça de Catalunya, 9, Tel. 317 43 89.
- **Gran Teatre de la Passió, Carretera N II, Km 586, per autopista A 2 (sortida 5) Martorell a Montserrat, gran aparcament propi al mateix recinte del Teatre.**

L'ESPECTACLE RELIGIOS-POPULAR ARRELAT EN LES NOSTRES TRADICIONS

A. EJARQUE

Representaciones médicas

Oficina y Exposición:
Lepanto, 328, bajos
Tel. 236 82 66
BARCELONA 13

Venta de artículos para Medicina,
Cirugía, Higiene y Laboratorio.
Mobiliario clínico.
Construcción de prótesis - Fajas
Corsés - Bragueros.

*Proveedores
de los Hospitales de la Santa Cruz y Clínico.*

J. JUAN SELLAS

S. en C.

ANTIGUA CASA CABRÉ

FUNDADA EN 1897

Puertaferriosa, 6 - interior
Teléfonos 303 43 80 / 318 01 84
BARCELONA 2

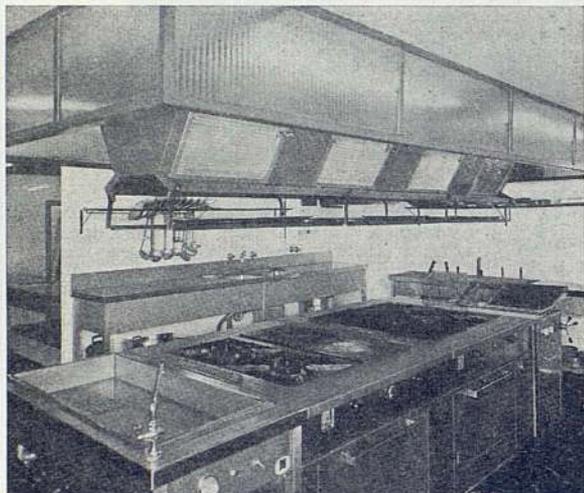
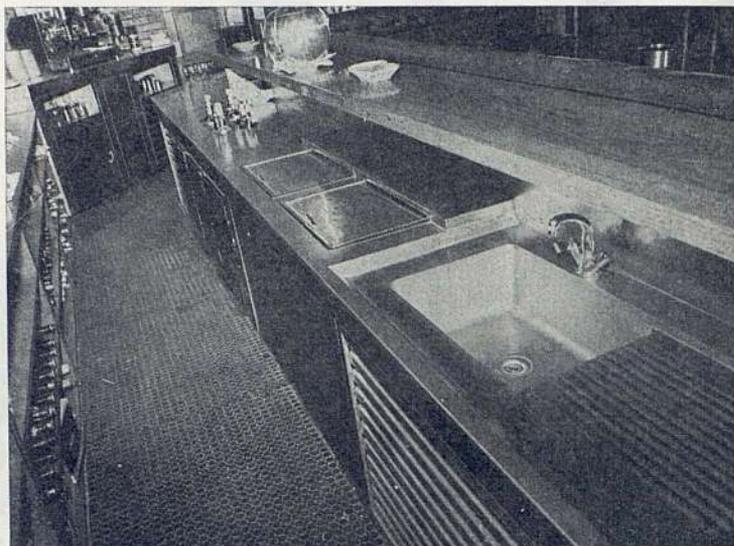
HOSTELERIA

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



INDUSTRIA
DE MATERIAL
MEDICO-QUIRURGICO

(Fundada en 1923)

JOSE HERRERA

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

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

Pje. Llavallol, 7 - Teléfono 207 06 04
BARCELONA 25

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100 %
COMODIDAD - Por su presentación en
piezas 100 x 1

- Modelos cortados en: 10x10, 20x20, 25x25, 33x33, 50x50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20x20, 20x25, 20x40, 33x33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25x25, 40x40, 50x50, 40x60, 100x25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacuñas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

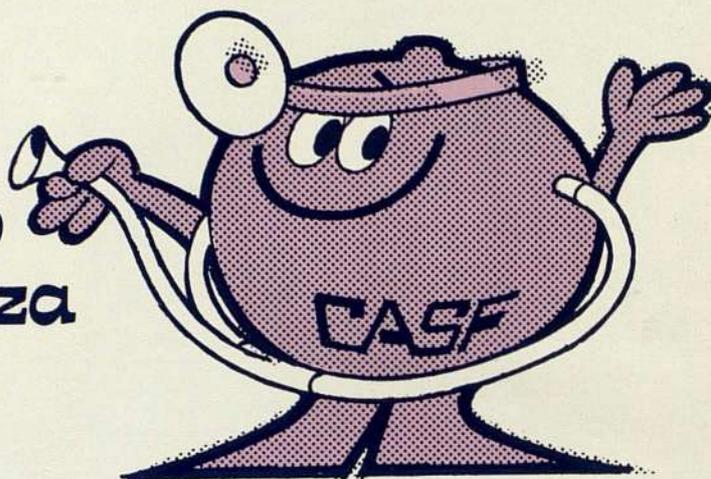


ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitales

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

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 / Marti Codolar, 42

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT

Coronel Sanfeliu, 79-81

i Vale más quien sirve mejor!