

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 32. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1979  
Número 174. Volumen XI

## CONSEJO DE REDACCION

Director

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMIREZ

Redactores Jefes

Ramón Ferreró  
José L. Redrado

Redactores

Gestión Hospitalaria  
José M.<sup>a</sup> Muneta

Asistencia y Enfermería  
Cecilio Eserverri

Teología y Pastoral  
Pascual Piles

Ética Sanitaria  
Gabino Gorostieta

Colaboradores

Joaquín Plaza, Pedro Clarós,  
Amado Palou, L. Gil Nebot,  
Juan L. Alabern, José M.<sup>a</sup> 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

- 196 LA PASTORAL DEL MUNDO DE LOS ENFERMOS, HOY

### ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 198 MUERTE DIGNA DEL HOMBRE Y MUERTE CRISTIANA  
Declaración de la Conferencia Episcopal Alemana

- 205 LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL  
DENTRO DEL CAMPO PSIQUIATRICO  
Por G. del Pilar R. de Carrillo

- 207 DIRIGIR ES UNA PROFESION  
Por José Antonio Moreno

### ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- 210 HACIA UNA POSICION COMUN:  
RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA  
DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA  
Por Anne Zimmerman

### PASTORAL HOSPITALARIA

- 216 LA ACTIVIDAD SOCIAL Y PASTORAL  
EN EL CAMPO SANITARIO

- 219 EVANGELIZACION DE LOS ENFERMOS  
DESDE EL DOCUMENTO DE PUEBLA  
Por Angel Perulán, O. H.

### JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

- 226 LOS ENFERMOS SALEN AL ENCUENTRO DE JUAN PABLO II

### NOTICIARIO

- 229 HOSPITALES  
235 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

## LA PASTORAL DEL MUNDO DE LOS ENFERMOS, HOY

*El Papa está dando al mundo un signo de cercanía, de acogida y de relación con todos los hombres, pero son significativos sus gestos especialmente con el mundo de los enfermos. LABOR HOSPITALARIA ha seguido paso a paso sus palabras y las va recogiendo en uno de sus apartados:*

*El Papa ilumina nuestro quehacer diario en el mundo de la salud.*

*El presente número quiere resaltar esta labor pastoral junto a los enfermos para que sirva de luz y de esperanza a cuantos tienen como misión la ayuda a los que sufren. LABOR HOSPITALARIA se congratula también porque ve «premiado» el esfuerzo de iluminación de tantos años con la práctica del primer pastor de la Iglesia.*

*Al inicio de su pontificado dirigía su mirada al mundo de la salud con estas palabras: «Saludo a todos los enfermos y, en particular, a los que se hallan en los numerosos hospitales y clínicas de nuestra ciudad. Junto con ellos saludo a los médicos, a los adscritos a los servicios sanitarios, a los capellanes y a las religiosas. Saludo a todos los ancianos que sufren en la soledad... El Papa os bendice de corazón. Vosotros tenéis un puesto importante en la Iglesia... Sabed soportar el sufrimiento con fortaleza cristiana, sin perder jamás el ánimo». Los que sufren ocupan siempre el primer puesto en el corazón del Papa. En las audiencias semanales, en las peregrinaciones pastorales, siempre hay una palabra, un gesto acogedor para los enfermos. Lo hemos visto personalmente en varias ocasiones; es un gesto espontáneo, sencillo, conmovedor; ese beso a los débiles, a los niños; ese beso reverente a la anciana, ese apretón de manos, llenas de mensaje... Y esas palabras de esperanza: «Mucho confiamos en la ayuda de los enfermos. En vosotros veo una presencia especial de Cristo... Sabed que no estáis solos en el calvario, la Iglesia toda sufre con vosotros».*

*Una segunda faceta del Papa en esta iluminación del mundo de la salud está centrada en las instituciones y en las personas que están al servicio de los enfermos. A los juristas católicos italianos pedía el Papa la libertad de asistencia, el reconocimiento de la labor caritativa de la Iglesia, el respeto al principio de subsidiaridad y el testimonio de la vida cristiana en el campo profesional. Y a la Asociación de médicos italianos saludaba con estas palabras: «Asistir, curar, confortar, sanar el dolor humano es tarea que,*

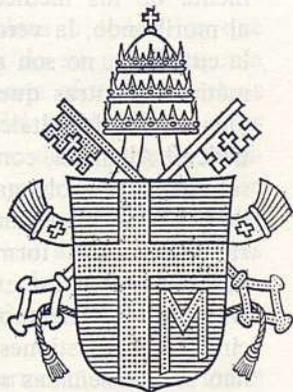
por su nobleza, utilidad y su ideal, se acerca mucho a la vocación misma del sacerdote... El servicio a la vida debe urgir, llenando de gozoso entusiasmo, sobre todo a los médicos católicos, que en su fe en Dios creador encuentran una nueva y más alta razón de dedicación solícita a la protección amorosa y a la salvaguarda desinteresada de cada hermano amenazado, especialmente si es pequeño, pobre, inerte».

De especial interés es el discurso que el Papa pronunció a los miembros de la Asociación de religiosos y religiosas dedicados a los Institutos socio-sanitarios. Nuestros lectores lo podrán leer detenidamente en este mismo número, pero nos van a permitir resaltar las ideas centrales:

Primero un reconocimiento a la labor constante de la Iglesia, al testimonio de caridad, al florecimiento de iniciativas que durante siglos han hecho posible la asistencia y el alivio de las necesidades; toda una labor humana, profesional y apostólica al servicio del hombre.

En segundo lugar, el Papa orienta los campos de interés para los institutos de acción sanitaria:

1. Si bien es verdad que los Estados han hecho progresos importantes, sin embargo quedan muchas lagunas... «Hacia esa dirección deberá orientarse con preferencia prioritaria vuestro interés», dice el Papa.
2. En el diálogo pastoral con los enfermos va por delante el testimonio personal, pero debe proponerse —con respeto y delicadeza— el misterio pascual en su integridad.
3. Finalmente, el Papa invita a reflexionar sobre el estilo de presencia de los religiosos y religiosas junto a los enfermos: «profesionalmente idéntica a los otros que se dedican a los enfermos: la preparación científica y técnica, la generosidad del servicio, la atención constante a la persona que tiene necesidad de cuidados. Pero presenta también, por la motivación evangélica que la inspira, un rasgo particular, que consiste en ver en el enfermo, por el sufrimiento que lleva en el cuerpo y en el espíritu, la persona misma de Cristo; y por tanto, puede requerir también el sacrificio, la renuncia a derechos profesionalmente fundados y a exigencias humanamente explicables».



# Organización de hospitales

## MUERTE DIGNA DEL HOMBRE Y MUERTE CRISTIANA

### DECLARACION DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA

El 20 de noviembre de 1978, los obispos de Alemania Federal hicieron pública la declaración siguiente sobre los nuevos problemas planteados por la evolución de la sociedad y de las mentalidades respecto a las nociones de muerte digna del hombre y de muerte cristiana, particularmente sobre las responsabilidades aumentadas de las comunidades cristianas.

### I

#### EL LUGAR DE LA MUERTE EN NUESTRA VIDA

«Tener una muerte digna del hombre»: este es un problema que, en estos últimos diez años, se ha impuesto nuevamente a la reflexión de muchas gentes, en particular de los miembros de las profesiones sociales. Un pequeño número de publicaciones significativas ha abierto el camino a una oleada de libros, de revistas, de películas y de discos sobre este tema. En numerosas escuelas, en los cursos de formación de los adultos, en los congresos y las Academias de las Iglesias, la manera en la que nuestra sociedad moderna puede permitir una muerte digna del hombre ha sido objeto de gran discusión.

En bastantes lugares, el tabú de la muerte ha sido roto para el gran público, pero se habla más de la muerte que de lo que la muerte nos dice. Se conocen los últimos instantes de la vida y la muerte, se habla de ellos, pero muy pocas veces son abordados de una manera consciente. No son tolerados ni exteriormente ni interiormente, y por este motivo no se aceptan ni se mantienen juntos. ¿Cuándo debe ser combatida y evitada la muerte, aunque sea a un precio elevado? ¿Cuándo nos está permitido familiarizarnos con ella,

encararnos con ella y aceptarla? ¿Estas preguntas se modifican a la luz de la fe cristiana? ¿Qué significación conserva aun en la actualidad el *arte de morir*, anclado en la tradición cristiana, lo que era llamado el *ars moriendi*?

En la formación del personal sanitario, particularmente de los médicos, cuestiones como la asistencia al moribundo, la verdad que hay que decir al enfermo, la eutanasia, no son aún objeto de una enseñanza sistemática. Mientras que los médicos, en los aproximadamente 3600 hospitales con los que cuenta la República Federal Alemana, consideran en primer lugar la responsabilidad de prolongar la vida de numerosos enfermos o de aliviar sus últimos instantes, están por regla general aun menos formados y educados frente a estos problemas que las enfermeras y el personal cuidador. Durante largo tiempo, en el curso de sus años de medicina, estas cuestiones antropológicas fundamentales les han sido enseñadas solamente, en caso preciso, de manera indirecta y durante algunas horas. Actualmente, y en muchos lugares, éstas han adquirido una siempre mayor importancia, a menudo por iniciativa de los mismos estudiantes, en colaboración con las alumnas enfermeras, las cuidadoras a domicilio y los psicólogos.

Hay que admitir, que en lo que se refiere a estas

cuestiones, existen evidentes lagunas en los programas de formación de las profesiones médicas.

### *INSUFICIENCIAS EN LA FORMACION DE LAS PROFESIONES MEDICAS*

El hecho de que, en la República Federal Alemana, alrededor de las dos terceras partes de todos los moribundos pasan sus últimos días y sus últimas horas en un hospital, plantea ya toda una serie de cuestiones, y ante todo sobre la misma finalidad de nuestros hospitales. Pero, al mismo tiempo, nuestras comunidades familiares y cristianas deben preguntarse: ¿no son ellas, más bien que los hospitales, las que debieran asumir la preocupación por los moribundos? En este caso, los miembros de las profesiones médicas —sea en los hospitales, la práctica de la medicina o los dispensarios de las parroquias— deben recibir una mejor formación para la asistencia de los moribundos, justamente en razón de las posibilidades mayores ofrecidas por una medicina que prolonga la vida de los enfermos.

Una preparación y una formación se imponen no sólo en razón del gran número de pacientes que mueren en nuestros hospitales, del número creciente de enfermos crónicos y de personas afectadas por largas enfermedades, sino también en el interés de los miembros de las profesiones médicas. Ellos también intervienen en los últimos instantes de sus pacientes, y deben aprender a contar con sus temores, tanto si aceptan penetrar en la psicología de sus pacientes, sufrir con ellos, identificarse con ellos, ayudarles y consolarles, como si al contrario, buscan una salida a la confrontación con el sufrimiento ajeno ateniéndose a la objetividad, al rigor de su función o, en ciertos casos, rehusando ver la dura realidad.

### *EL TEMOR DE NUESTRA PROPIA MUERTE*

La muerte de un enfermo coloca a todos los que se ocupan de él frente al temor de su propia agonía y de su propia muerte. Esta muerte ofrece numerosos rostros; no solamente el rostro del miedo frente a las últimas etapas de la vida, delante de su propia fragilidad, frente al sufrimiento y la muerte, pero también el rostro de la incapacidad por aportar una ayuda, del miedo y de la impotencia frente a los sentimientos de rebelión, de amargura, de ira, de envidia, de agresividad, de mutismo ante cuestiones angustiosas, de miedo ante el desespero.

Además, la muerte de un enfermo enfrenta a todos aquellos que, por su función de asistencia, incurren en cualquier responsabilidad: el médico con los límites de su arte, la enfermera con la inutilidad de un cuidado destinado únicamente a la curación, el capellán con las tan difíciles preguntas del porqué del sufrimiento y de la muerte, aparentemente sin sentido, de

tantos hombres. Añadamos a todo esto que lo que siente el moribundo nos retrae a experiencias vitales que no conciernen solamente a las últimas etapas de la vida. No sólo el moribundo debe despedirse, renunciar a unas posibilidades de vida, dejar de representar los papeles que él amaba, vivir en unos límites que se van cerrando cada vez más. Separación, pérdida, ruptura, sufrimiento, miedo a la muerte, estas son experiencias que nos acompañan en pleno medio de nuestra vida. El que las ha pasado ya ha tenido una primera experiencia de la muerte. Desde entonces se puede comprender que, también bajo este punto de vista, la asistencia de un moribundo pueda convertirse en una confrontación con su propia muerte, en las crisis de su vida que se han superado igual que en aquéllas en que se ha conocido el fracaso.

Vivir y morir van pues a la par hasta nuestra muerte. Esto entraña graves consecuencias en lo que concierne a una vida digna del hombre en el curso de su última etapa. El arte de morir supone que el moribundo pueda organizar las posibilidades de vida que le restan en función de su propia escala de valores, en la medida de lo posible, de manera autónoma o con la ayuda de otras personas. Aprenderá así a reconocer lo que ya está perdido, a afrontar esta pérdida, a lamentarla, para aceptarla por fin en una libertad interior. De esta manera, ayudar a morir es ayudar a vivir. Todo esto se concreta más claramente en la asistencia de un moribundo cuando un familiar, un capellán, un médico, un enfermero o cualquier otra persona están a su lado y le permiten organizar, de manera personal en la medida de lo posible, los últimos instantes de su existencia y morir de su propia muerte.

El postulado que consiste en prestar una asistencia personal al moribundo y principalmente en los hospitales en sus últimos instantes, es uno de los más urgentes retos que la medicina moderna lanza a la sociedad actual.

### *LA MEDICINA MODERNA Y EL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD HAN CAMBIADO EL ROSTRO DE LA MUERTE*

Hace cien años, la esperanza media de la duración de la vida humana no era más que de 35 años. Hoy en día, ésta se acerca a los 70. Enfermedades que hace tan sólo algunas décadas amenazaban la vida y conducían casi fatalmente a la muerte han perdido hoy el terror que inspiraban. Afecciones consideradas como incurables hasta nuestros días pueden ser curadas gracias a la medicina moderna. Hombres que, en razón de un handicap corporal o físico, eran incapaces de insertarse en la sociedad, ven abrirse frente a ellos nuevos caminos gracias a la posibilidad de una readaptación. Por último, enfermos incurables que, hace veinte años no tenían ninguna posibilidad de ver prolongarse sus días, se benefician de un plazo de varios años, o

de varias décadas (así los enfermos afectados por enfermedades renales y cardíacas, así los paralíticos). Tales ejemplos son suficientes para mostrar los éxitos espectaculares alcanzados por la medicina moderna.

Este es un aspecto importante, pero hay otro. Las victorias alcanzadas por los aparatos, los medicamentos y la técnica provocan una fascinación ante lo que el hombre puede hacer en adelante. El riesgo es entonces que se crea únicamente en las posibilidades de la técnica. De repente, la terapia ya no es considerada más que como una reparación, un restablecimiento de las capacidades de funcionamiento de los órganos o de las posibilidades de trabajo de un hombre, sin preguntarse el sentido que representa para un hombre concreto la curación, la readaptación y la prolongación de la vida. Si la pregunta del *porqué* no se plantea, la muerte debe ser mirada como el enemigo número uno, al cual importa evitar por todos los medios, incluso la prolongación de sufrimientos indignos del hombre. Por otra parte, los éxitos de la medicina obligan a empujar siempre más lejos la investigación. Así, pues, ésta entra también en competencia con la terapia, pues ambas son llamadas a ocuparse del mismo enfermo. Ahora bien, numerosas enfermedades provienen de la manera de vivir en nuestra sociedad altamente industrializada y tecnificada. Cabe preguntarse si todas estas enfermedades pueden ser combatidas por los mismos medios que las han provocado. Cuanto más diferenciada y complicada se hace nuestra vida, mayor es el riesgo que ésta corre de alejarse de su origen y de su término naturales.

### LA MEDICINA NO ES SUFICIENTE

Bajo este punto de vista, se saca a menudo la conclusión errónea de oponer, uno frente al otro, técnica y sentimiento de humanidad. El hecho de que tal posición es irrealista y deshonesto lo demuestra la certeza de que ningún enfermo de nuestros días aceptaría renunciar a las ventajas de la medicina moderna. La medicina técnica debe pues ser aprobada, pero exige ser completada por la asistencia humana en las crisis y en los conflictos, en la agonía y en la muerte. Además, tampoco la medicina moderna puede conjurar a la muerte en todos los casos. Por respeto hacia una vida que toca a su fin, ésta debe colocarse en la disposición de renunciar a sus propias posibilidades. Lo cual significa en concreto: todos los miembros del servicio sanitario tienen sus límites y necesitan un complemento. Así, pues, se hallan reemplazados por otras personas. Ello exige contacto y comunicación con el paciente, contacto y comunicación de los miembros del personal cuidador entre ellos, desde los cirujanos que operan, los internos de servicio y el personal cuidador, hasta los psicoterapeutas y los capellanes.

Sólo cuando se ha hablado con el paciente de que éste puede vivir la última etapa de su vida, en la me-

didada en que aún pueda hacerlo, es cuando éste puede despedirse y aceptar su muerte. Es importante, en esta circunstancia, que la especialización y la atomización del servicio médico no produzcan el resultado de pasar de un funcionario a otro la participación en la suerte de un enfermo, en sus sufrimientos, sus preguntas y sus quejas. Si no, se asiste al desmenuzamiento de una visión global caracterizada por la asistencia, llena de sensibilidad humana, que se aporta al enfermo. Al contrario, tal asistencia debe ser común a todos los servicios terapéuticos: a la conversación del médico durante las visitas, a los cuidados prestados por las enfermeras, a los exámenes técnicos y asimismo a la investigación y a la enseñanza de la medicina, en la medida en que esta última se interesa por la suerte concreta de un individuo.

### EL HOSPITAL COMO «HOTEL-DIEU»

La historia de nuestro Occidente nos enseña que el hospital era antiguamente llamado *Hotel-Dieu*. Este aparecía como un lugar de refugio para todos aquellos que estaban atacados bajo el punto de vista social, físico y psíquico, y representaba una etapa importante en el camino de la vida y de la curación. En comparación con las posibilidades actuales de la medicina, en aquella época podían hacerse muy pocas cosas en favor de los enfermos. Pero era la dimensión global del hombre la que constituía el fundamento de los cuidados aportados a los enfermos y a los moribundos.

Los progresos de la medicina han ido relegando al olvido esta dimensión humana global. Es imposible hacer retroceder la rueda de la historia. Igualmente, es irresponsable oponer la técnica al sentimiento de humanidad. En el cuidado de los enfermos y de los moribundos se trata, por el contrario, de hacer de manera que las posibilidades de la terapia no conduzcan a limitarse a una perfecta manipulación técnica, a expensas del encuentro con el enfermo y sus sufrimientos. Solamente cuando el hombre es tomado en serio como un todo, con sus sufrimientos, sus deseos y sus necesidades, es cuando la curación del cuerpo y la salud del alma se juntan nuevamente, y cuando los diferentes servicios pueden ayudar al enfermo a tener una vida y una muerte dignas de un ser humano. Ciertos médicos y miembros del personal cuidador se esfuerzan por comprometerse en esta vía de manera ejemplar, y en alguna otra parte, también servicios enteros de hospitales siguen su ejemplo. Es de desear que estos esfuerzos, que implican grandes exigencias para las personas que se mencionan, sean ampliamente estudiados, ampliados y evaluados de manera crítica.

### EL DESEO DE MORIR EN SU CASA

Poder morir en su casa: este deseo casi olvidado renace hoy en día por muchas razones. Por una parte, la esperanza de vida humana no deja de crecer en

nuestra sociedad; por otra parte, el riesgo de enfermedad a una edad avanzada se ha hecho más elevado. Las posibilidades de tratamiento fuera del hospital (diálisis a domicilio, estimulador cardíaco) han progresado mucho. Muy frecuentemente, gracias a la reducción de la estancia en el hospital, el paciente es confiado bien pronto a una organización flexible. Por esta razón, la puesta en acción de servicios médicos ambulantes se ha impuesto en estos últimos años como una exigencia urgente. Las Iglesias, particularmente, han tomado en serio esta demanda, sobre todo por medio de dispensarios. Desde ahora el cuidado de los enfermos a domicilio está ampliamente asegurado. El deseo formulado por muchas personas atacadas por una larga enfermedad de pasar sus últimos días en sus casas puede ser realidad. Los miembros del personal médico ambulante (enfermeras, ayudantes, asistentes de las personas ancianas) trabajan ya en equipo en muchos lugares y aseguran, gracias a un programa bien fijado, cuidados especializados a los enfermos y a los ancianos, en colaboración con el médico. Dentro de esta nueva fórmula de cuidados, el personal sanitario entra en contacto con todos los organismos sociales y en colaboración con los grupos caritativos de las parroquias así como con los parientes de los enfermos. De esta forma numerosos pacientes pueden hacer la experiencia personal de que la comunidad eclesial es una comunidad viviente que les aporta un apoyo, hasta en la enfermedad y en la vejez.

Hay que subrayar aquí que las personas que comparten por largo tiempo la vida de los grandes enfermos y conocen mejor sus necesidades tienen una importancia particular. Numerosos pacientes víctimas de una larga enfermedad, por ejemplo, después de un ataque, representan una pesada carga para la familia, tanto física como moralmente, carga que puede hacerse insostenible cuando se trabaja a tiempo pleno y no se dispone de ayuda. Puede entonces ocurrir que los familiares ya no puedan responder a las necesidades, ni del enfermo, ni de ellos mismos, ni de su familia. En este caso, vale más hospitalizar al enfermo que dejarle en su casa en una atmósfera cargada de conflictos.

### VENTAJA DE LOS CUIDADOS A DOMICILIO

Para los enfermos y moribundos, las ventajas de un tratamiento en su casa son evidentes: el paciente es cuidado en su ambiente, en las habitaciones que le son reservadas. A menudo, él mismo las ha arreglado a su gusto. Los vecinos le conocen, así como conocen el desarrollo de su vida, con sus fracasos, pero también sus alegrías y sus éxitos. Es precisamente en la medida en que se tiene en cuenta el estrechamiento de los límites en los cuales la enfermedad encierra al enfermo, como se pueden utilizar plenamente las diferentes posibilidades de una organización personal de la vida en el domicilio. Para el enfermo atacado de una enferme-

dad mortal el espacio vital se reduce a las dimensiones de su cama. Esto se observa a menudo también en el plano psicológico. Por este motivo hay que prestar atención a su autonomía reducida y todos los objetos que necesita deben estar colocados, en función de sus fuerzas, de tal manera que pueda alcanzarlos. Entre sus propias paredes, gracias a una distribución personalizada, el enfermo puede ver ensancharse su espacio vital. Por ejemplo, una foto de familia puede ser colgada o expuesta de manera que el enfermo pueda verla. Costumbres habituales (leer los diarios, fumar, escuchar la radio, ver la televisión) deben ser poco a poco abandonadas. Es importante que las personas que asisten al enfermo perciban estos signos. A menudo, el solo hecho de quedarse tranquilamente sentado al lado del enfermo, y ante todo a la cabecera del moribundo, representa la forma más importante de la asistencia.

Para estar en condiciones de aportar una ayuda, importa estar cualificado. Por esta razón, especialistas agregados a los dispensarios parroquiales se ocupan de dar cursos en las parroquias sobre los cuidados a los enfermos a domicilio. Los asistentes, (miembros de la familia, vecinos) aprenden así a cuidar correctamente.

Estos cursillos tienen una importancia mucho mayor en el campo que en las grandes ciudades. La población ha reconocido la necesidad de esta iniciación práctica a los cuidados que se pueden efectuar todos los días. Un programa especial está dedicado a la manera de ocuparse de los grandes enfermos y de los moribundos.

Para desarrollarse y madurar, la vida humana depende, en alto grado, del sentido comunitario, o mejor de una comunidad que sabe llevar a sus miembros. Esto es aún más cierto por la muerte de un hombre, lo cual plantea una cuestión de fondo a la vitalidad de las comunidades cristianas (Rm 12, 3-18). Estas deben interrogarse sobre el valor que asignan a aquéllos que sufren en su seno. Si una comunidad quiere merecer su credibilidad, tiene que interesarse particularmente por sus miembros débiles y enfermos.

Entre las múltiples posibilidades de que disponen las comunidades para asistir a los enfermos, no citaremos aquí más que algunas. La solidaridad espiritual puede expresarse con la oración o con la celebración eucarística, sobre todo cuando ésta tiene lugar en el domicilio del enfermo. La comunidad reunida en los oficios del domingo o de la semana recuerda a sus enfermos en una oración de intercesión. En numerosas parroquias tienen lugar una o varias veces al año jornadas de los enfermos, en las cuales son transportados a la iglesia parroquianos obligados a guardar cama, que de otra forma no habrían podido salir nunca de su domicilio. Entonces se impone la colaboración de numerosas personas para permitir al enfermo participar en ese día de fiesta. A menudo, en el curso de la Eucaristía, el sacramento de los enfermos es administrado a los enfermos y a las personas ancianas con mala salud que se resienten de su vejez y de la disminución de sus fuerzas como una interpelación de su fe y desean también

recibir el sacramento. En numerosas parroquias, las enfermeras o asistentes laicas tienen autorización para llevar la comunión a los enfermos, cuando el cura no tiene la posibilidad de hacerlo. El ministerio de la visita al enfermo está asegurado por asociaciones parroquiales que se preocupan particularmente por esta tarea y designan a este objeto, después de una formación apropiada, a hombres y mujeres cualificados. Algunos enfermos se reúnen en pequeños grupos para formar comunidades de oración y de sacrificio, darse mutuamente testimonio de fe, animarse y ayudarse recíprocamente. Así se crean cadenas telefónicas entre enfermos y personas aisladas que permiten llamarse cada día a una hora convenida.

Las nuevas fórmulas de cuidados en los dispensarios no desligan a las comunidades parroquiales de la preocupación por los enfermos. Al contrario, éstas deben favorecer e intensificar este ministerio. La formación continua de los laicos en el campo social y sanitario, que puede ser dirigida por especialistas si la comunidad lo desea, ofrece aquí una posibilidad.

#### *LA ASISTENCIA Y LA PRESENCIA EN EL MOMENTO DE LA MUERTE*

Nadie puede vivir solo su propia vida, nadie puede hacer frente solo su propia muerte.

Solo, es decir sin una ayuda esencial de los demás. Para muchos hombres, la muerte es precedida por una ruptura decisiva, a veces brutal, con el mundo que les rodea, y se acompaña de una creciente soledad. Esto es cierto, sobre todo para aquéllos que mueren en el hospital. Por esto, todos los hombres, en la última etapa de su vida, necesitan una asistencia intensiva para poder conocer una muerte digna de un ser humano.

Ayudar a un moribundo significa: permanecer a su lado de una manera que le permita organizar, en toda la medida posible de manera personal, las posibilidades de vida que le quedan y morir por su propia muerte. La asistencia del moribundo engloba el conjunto de los servicios asegurados por los médicos y el personal sanitario, tanto si es en los últimos instantes o en el curso de una enfermedad mortal, así como la asistencia espiritual y psicológica prestada por la persona que acompaña al moribundo. En lo que respecta a la actitud hacia el moribundo, debe prestarse una atención muy particular a la manera en que éste vive y soporta los síntomas de la enfermedad, para poder aliviar sus últimos instantes en consecuencia. Esto exige que todas las personas implicadas, en primer lugar el personal cuidador, aprendan a entender el lenguaje del moribundo: sus recriminaciones y sus quejas, la manera que tiene de expresarlas en razón de la edad, del sexo, de la hora, del día, de la elocución, y también de su interlocutor y del papel de este último. El mismo hecho de que el moribundo dependa de una persona puede molestarle para abrirse a él y comunicarle las necesidades que

siente. Por consiguiente, todos los que deban asistir a un moribundo deberían tomar conciencia, de una manera apropiada, de sus necesidades, particularmente cuando éste se queja de su fatiga, de sus dolores, de su opresión, de sus náuseas y demás miserias.

En fin, la asistencia comprende todas las acciones que permiten al moribundo hacer frente a sus últimos instantes y a su muerte y, en la medida que le sea posible, aceptar la realidad. Mejor dicho: ser receptivo a todo lo que impresiona al moribundo, comprender los signos que emite —en su actitud de rechazo o de aceptación, en la recriminación y la rebelión, así como en su busca de compañía o de soledad—; saber hallar el tiempo necesario para escuchar y comprender, aceptar los sentimientos, tanto negativos como positivos. Todos estos pasos son de capital importancia. Resistir el silencio y la impotencia en que uno se encuentra, forma también parte del papel del asistente. Por último no habría que olvidar el hablar con el moribundo de la situación real en que se encuentra. Solamente así llega a hacerse capaz de afrontarla, y puede incluso ocurrir que sienta menos miedo, por el hecho de saber lo que le pasa. En todos estos pasos, la dimensión religiosa puede estar presente y ésta se expresa por la ayuda que proporciona la fe, en el esfuerzo por encontrar juntos el sentido de la muerte, en la oración común y la administración de los sacramentos de los enfermos y de los moribundos. Un problema particularmente espinoso se plantea por la verdad que hay que decir al enfermo, problema que queda por tratar.

#### *LAS ULTIMAS ETAPAS DE LA VIDA*

Ayudar a alguien a morir es pues ayudarle intensamente a vivir en las últimas etapas de su vida. La asistencia al moribundo, en las diferentes fases que este atraviesa, debe presentarse como un acompañamiento lo más posible pleno de sensibilidad y de comprensión, que no oculte la verdad.

En la primera etapa, el enfermo es presa de la ignorancia de su estado y de la inseguridad. La agonía y la muerte son apartadas de él e incluso negadas. El enfermo se encuentra así en una situación en la cual no está todavía en condiciones de captar el peligro de muerte que está corriendo. Hace falta entonces una gran dosis de paciencia y de sensibilidad para que no aumente su rechazo de la evidencia y para que pueda abandonar su resistencia contra la realidad.

En consecuencia, el enfermo atacado durante un largo período por una grave enfermedad llega a rebelarse contra su suerte. Esta revuelta puede traducirse por violentas manifestaciones de agresividad, de celos, de ira, de rebelión y de quejas. Estas manifestaciones no atañen obligatoriamente a su propia enfermedad o a su propia agonía. Circunstancias aparentemente anodinas pueden provocar la explosión de tales sentimientos. Es importante que los que rodean al enfermo se den cuenta

de que dichas manifestaciones no van dirigidas contra ellos, que las expresiones negativas de sensibilidad en el curso de esta fase no son la señal de un mal carácter, condenable bajo un punto de vista moral. Al contrario, es necesario que los moribundos atraviesen esta etapa negativa para poder desembocar después hacia una confrontación y una aceptación de la muerte. Cuanto mejor pueda comprender el asistente y asumir la violencia de estas expresiones, mejor ayudará al moribundo a liberarse del rechazo de tener que morir, y al mismo tiempo, el moribundo se hace capaz de renunciar a los sentimientos y a las experiencias que, en el curso de esta fase, surgen sin que él se dé cuenta. Puede incluso ser necesario que el asistente ayude al moribundo a hacer esta experiencia para que este último deje de resistirse a la fatalidad de la muerte y puede acceder a la resignación.

La tercera fase es la de cara a cara con el destino, en la cual el moribundo comienza a afrontar la realidad de la muerte y a insertar a ésta en las posibilidades de vida que le quedan, aunque, como se da frecuentemente el caso, le cueste trabajo evaluarlas bien.

Sigue la fase de la depresión, en la cual el moribundo —en una creciente soledad, en la tristeza o numerosos accesos de irritación— reconoce que tiene que morir. Por fin aparece la fase de la aceptación, en la que el moribundo se retira, a su manera, del mundo de los vivos, y frecuentemente incluso hace las paces con la muerte.

#### *LA UTILIDAD DE CONOCER LAS DIFERENTES ETAPAS*

El conocimiento de estas diferentes fases puede ser bien útil para comprender al moribundo. Pero además puede también ayudar al asistente a comprender y analizar la situación más allá de lo que el moribundo expresa en un momento dado. Es por ello muy importante estar sensibilizado a las expresiones concretas del moribundo, aunque las mismas no correspondan al esquema antedicho, y que las mismas sean eventualmente contradictorias.

La primera cualidad del asistente es la paciencia. La dura prueba por la que atraviesa el moribundo requiere un interlocutor lleno de sensibilidad, de manera que la imaginación, la ilusión y la realidad se armonicen de modo soportable en el enfermo. De hecho, el asistente se halla en presencia de tres dificultades que, a menudo, le conducen al límite de sus posibilidades: la revelación de la verdad, el sentido que hay que dar a tal agonía y a tal muerte, y por último, la petición de la eutanasia. Pero el obstáculo más temible es el hecho de que la muerte de un hombre exige que el asistente se enfrente a su propia muerte. Sólo aquél que acepte esta confrontación —el cristiano la relacionará con los sufrimientos, la muerte y la resurrección de Jesucristo— puede dar todo su sentido a la ayuda que aporte al

moribundo. Esto exige que aprenda a encararse con su propia angustia, para comprender y soportar aquello que mueve al moribundo desde lo más profundo de sí mismo. Entrar por la sensibilidad en su situación requiere a menudo que reconozcamos nuestra propia impotencia. Es precisamente por ahí por donde el asistente se convierte en compañero del enfermo. Por el contrario, el rechazo de esta confrontación puede tener consecuencias negativas. Se retrocede asustado ante las preguntas del moribundo o se busca refugio en la mentira y en la ilusión, mientras se trata de la muerte, que está delante. El moribundo se da cuenta de que los que le rodean pierden las esperanzas (entran de puntillas en su habitación, le hablan menos, cuchichean en su presencia) y sufre así de una muerte social, pues no puede comunicar a nadie aquello que verdaderamente le oprime.

#### *EL PROBLEMA DE LA VERDAD QUE HAY QUE DECIR AL ENFERMO*

El problema fundamental, cuando la enfermedad se encamina fatalmente hacia la muerte, reside en la verdad que se debe decir al enfermo. En este caso, decir la verdad no consiste en hacer declaraciones intempestivas y sin tacto sobre el estado del enfermo. Tampoco consiste en el diagnóstico o el pronóstico concerniente al momento exacto de la muerte. Lo que importa aquí es la capacidad del asistente de establecer con el paciente una relación que haga capaz a este último de pedir informaciones sobre su estado y sacar las consecuencias que se impongan. Incluso cuando, bajo el punto de vista terapéutico, la situación aparece sin salida, no ocurre obligatoriamente que el enfermo, en su enfrentamiento con la muerte, haya perdido toda esperanza. Numerosas investigaciones experimentales han demostrado que los moribundos no pierden nunca toda esperanza, particularmente cuando sus asistentes no renuncian a su propia impotencia. Cuando se empieza a ser receptivo a los signos emitidos por un enfermo afectado por una enfermedad mortal, es cuando se descubre más fácilmente el momento apropiado en que el enfermo es capaz de escuchar las informaciones más exactas sobre el curso de su enfermedad.

El asistente no debe sentir temor por demostrar hasta qué punto le atañe la suerte del enfermo cuando éste le haga preguntas impacientes sobre el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad. Pues lo esencial no es solamente la exactitud de lo que se dice, sino la solidaridad ante la situación difícil que acompaña al pronóstico inquietante de una enfermedad. Lo más importante, en este caso, es que el enfermo, en la última etapa de su vida, no se sienta abandonado en la soledad por aquéllos que le cuidan, en el mismo momento en que empieza a hacer frente a su angustia de la muerte. Numerosos testimonios recientes demuestran hasta qué punto la verdad que se dice a los enfermos puede ejer-

cer una influencia liberadora sobre las relaciones entre el moribundo y sus asistentes. Se puede también esperar que el enfermo se disponga mejor a hacer frente a la verdad de la muerte. Esta es una condición necesaria para que el moribundo pueda vivir de manera humana las últimas etapas de su vida.

### *¿A QUIEN CORRESPONDE LA MISION DE ASISTIR A UN MORIBUNDO?*

Nadie puede tener la pretensión de ser el único competente para asistir a un moribundo. Esta tarea puede incumbir a todos. En este campo, cada grupo social tiene sus ventajas y sus inconvenientes. De hecho, todos necesitan de la colaboración ajena cuando se trata de asistir a un moribundo: de la información de los médicos sobre el estado y el desarrollo de la enfermedad; de las observaciones de las enfermeras y del personal cuidador que conocen íntimamente al enfermo; de las indicaciones y de las experiencias previas de los parientes, de las informaciones recogidas en el curso de conversaciones por los capellanes, los psicólogos y otros asistentes. En lo que se refiere a los capellanes, les incumbe una misión específica a la cabecera de los moribundos. Además de sus conversaciones, les ayudan con su oración sacerdotal, con su aliento en la fe y con la administración de los sacramentos. El objeto de su ministerio es la proclamación de la muerte y de la resurrección de Jesucristo, para afirmar al moribundo en su esperanza de cristiano. Es el paciente quien debería poder designar a la persona encargada de asistirle en sus últimos instantes. Es él quien mejor siente cuál es la persona cuyas disposiciones corresponden a las suyas, la que puede compartir más íntimamente sus sentimientos, sus miedos, sus esperanzas. En la práctica, este problema es apenas tocado entre los asistentes. Con bastante frecuencia, cada uno carga silenciosamente a otro esta tarea que reclama tanta paciencia. Casi todo el mundo tiene urgentes razones para esquivarse: falta de tiempo, de formación, de competencia. Son pocos los que se atreven a confesar abiertamente que, aunque sienten la necesidad de encargarse de esta tarea para un tal paciente, se resisten porque esta les coloca frente a su propia impotencia. Si las personas implicadas (personal cuidador, parientes, capellanes) se lo confesaran abiertamente los unos a los otros, les sería ciertamente más fácil aceptar esta tarea. Se podría entonces contar con la comprensión, la colaboración y la ayuda de los demás. Entonces no habría que temer cometer errores, expresar sus propios miedos, no se dudaría en pedir consejo a los demás para resolver sus propias dificultades. En verdad, es la única manera para cada uno cumplir esta pesada tarea, que lleva hasta sus más extremos límites —allá donde se necesita de la comprensión de los demás— no sólo a las alumnas enfermeras sino hasta a los terapeutas mejor formados.

### *LA ASISTENCIA A LA CABECERA DEL ENFERMO*

Entre los médicos y el personal cuidador, tanto en los hospitales como en los dispensarios, habría pues que procurar que hubiese, por lo menos, una persona encargada particularmente de un moribundo. Esta persona, aunque proceda del exterior, por ejemplo como pariente o amigo del enfermo, debería estar integrada a un equipo del hospital o del dispensario parroquial. Unas medidas terapéuticas adecuadas podrían ser decididas en colaboración con este asistente personal del moribundo, con objeto de permitir al enfermo organizar él mismo, en la medida de lo posible, la última etapa de su vida, vivir al abrigo del dolor durante el tiempo que él considere tener que soportar duras afrentas o tomar decisiones o medidas importantes. En lo que respecta al problema de la eutanasia, nos remitiremos a la declaración del episcopado alemán «La vida del hombre y la eutanasia».

Es todavía evidente que las grandes disponibilidades de que dispone la medicina moderna para prolongar la vida nos colocan a todos frente a una interrogación: ¿de qué manera podemos organizar humanamente la última etapa de la vida de uno de nuestros semejantes? Nuestros hospitales se ven cada día más en la incapacidad, por razón de sus múltiples tareas, de garantizar una asistencia personal a los moribundos, tal como la que acabamos de esbozar. Esto aumenta aún más la responsabilidad que incumbe al individuo —pariente, vecino, colaborador voluntario de la comunidad— de tomar a su cargo la asistencia personal del moribundo, en su casa o en el hospital. En la medida en que los dispensarios parroquiales pueden hacerse cargo del cuidado del moribundo, ya no estamos obligados a morir según las sujeciones funcionales de un hospital moderno, y por el contrario, tenemos la posibilidad de pasar la última etapa de nuestra vida en un ambiente familiar, donde es más fácil organizar nuestra vida personal. La responsabilidad de nuestras comunidades es también más comprometida, puesto que, por los sacramentos, y en primer lugar por el bautismo, el individuo no es solamente miembro de esta comunidad: él muere también como uno de sus miembros. Así se plantea la pregunta: ¿quiénes son entre nosotros los que, en la familia, el vecindario, las asociaciones encargadas por la parroquia de asegurar el ministerio de los enfermos, se hacen cargo de la asistencia a los moribundos, sobre todo de aquéllos cuyos familiares están en la imposibilidad de hacerlo? Aquí, también, está claramente trazado el deber de la comunidad: ella debe procurar que sus moribundos tengan siempre un acompañante, que los parientes que están a su cabecera estén siempre apoyados material y espiritualmente, y, sobre todo, que los dispensarios parroquiales permanezcan en estrecho contacto con estos asistentes. Los dispensarios

*(Termina en la página 215)*

# LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL CAMPO PSIQUIATRICO

## DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Desde el punto de vista de la institución, el departamento de trabajo social es tan solo una parte de su organización total.

Al igual que los demás departamentos se hallan integrados contribuyendo de la misma manera al desarrollo de las actividades que se elaboran dentro de la misma.

El departamento de trabajo social colabora con datos, ya sean de investigación, informativos, terapias ocupacionales y recreativas, trabajo de grupos a nivel informativo, etc., que ayudan a la rehabilitación o reestructuración de la personalidad del paciente.

El departamento desempeña su labor principalmente con enfermos mentales, los que sin duda sufren conflictos de su personalidad, que atañen directamente al funcionamiento de la misma, afectando «ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida de la sociedad».

Ya que en la actualidad todas las ciencias requieren de una superación constante, decimos que la psiquiatría, al igual que todas las demás, va evolucionando, por lo tanto, actualmente no se interesa sólo en la aportación científica que se deriva de los conocimientos de las ciencias biológicas; las que sin duda dan información sobre el desarrollo y la patología de la personalidad, ya que unidas a éstas nos encontramos con que existen otras profesiones que contribuyen al manejo y el control social del individuo con trastornos de su personalidad; nos referimos en particular a psicología, trabajo social, filosofía, etc., que cada una en su rama nos dan una valiosa aportación.

Con las ciencias biológicas, la psiquiatría moderna busca las causas de la enfermedad mental en relación a la herencia genética del individuo, como la predisposición, la influencia de los procesos anatómicos, fisiológicos y bioquímicos; y en general la influencia que tiene el sistema nervioso sobre el individuo.

Sin embargo, también se toman en cuenta, y se sabe que la influencia es mayor en el desequilibrio de la personalidad, durante la vida de infancia, antecedéndole la vida prenatal; y al mismo tiempo las presiones ambientales y culturales subjetivas. De manera que estos factores determinan la estructura que presenta la personalidad del individuo. Entendiendo por personalidad las manifestaciones externas basadas en las experiencias subjetivas del hombre.

Es por eso que la labor social interviene para colaborar con los datos necesarios por medio de la investigación directa e indirecta uniendo sus esfuerzos a la colaboración total del personal integrado dentro de la institución, para que al paciente se le oriente, pensando en los intereses personales que trae consigo cada uno de ellos, ya que nuestra labor es de servicio eminentemente complementario.

Decimos pues, que la labor social que desarrolla nuestro departamento nunca será aislada, siempre va unida al equipo de trabajo que forma la institución.

El departamento de trabajo social en una institución como a la que nos estamos refiriendo, desempeña uno de los papeles más importantes dentro de la misma. Sus funciones están proyectadas principalmente a la valoración y conocimiento profundo de todo tipo de problemas que aquejan a los pacientes, así como el aprovechamiento de los recursos que se encuentren a nuestro alcance para la solución.

Dentro de nuestra labor, consideramos que como deber humano nos corresponde colaborar en la prevención de la enfermedad mental, ya que en cualquier enfermedad el método preventivo es más importante que el paliativo. Esto se hará facilitando la comprensión de la enfermedad mental a través de un conocimiento, tanto en el medio social en que se desenvuelve el paciente, y a la vez extendiéndolo a la totalidad de la comunidad, colaborando de la misma forma con las instituciones que tienen especial interés en la prevención de la enfermedad mental.

Viendo que nuestro campo de acción es tan extenso, nos interesa hablar en forma concreta de la labor que se desarrolla dentro y fuera de la institución con los pacientes y familiares de los mismos pues nuestras relaciones van íntimamente ligadas a ellos.

Una de nuestras labores a desarrollar en el período hospitalario, es la terapia ocupacional y recreativa.

Las actividades correspondientes al departamento las enumeramos a continuación de una forma somera.

#### PROGRAMAS DE ORIENTACION FAMILIAR

Este programa se desarrolla principalmente en el período en el que el paciente se encuentra hospitalizado, con el fin de hacerles ver la importancia del medicamento, concienciarlos sobre la enfermedad de su pariente, darles una visión general sobre los padecimientos, al igual que se les hablará sobre las repercusiones sociales y el medio ambiente. Programas que ayudan a los familiares a comprender la enfermedad de su pariente, haciendo sentir también la necesidad de su colaboración para su rehabilitación, ya que por medio de nuestra experiencia, nos hemos dado cuenta cómo los familiares depositan toda la responsabilidad en el equipo médico, exigiendo que el paciente sea dado de alta completamente recuperado, sin darse cuenta que el medio ambiente es uno de los puntos de apoyo más importante dentro de la rehabilitación del enfermo mental.

Estas reuniones las realizamos una vez por semana con duración de una hora, en las que intervendrán directamente el equipo médico, el departamento de psicología y el departamento de trabajo social; cada uno de ellos aportando sus conocimientos profesionales para que conjuntamente discutan los programas a seguir.

#### RESCATE Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Nos damos cuenta que el paciente psiquiátrico por su misma inestabilidad tiende a dejar su tratamiento en forma espontánea y temporal hasta que posiblemente presentan una nueva recaída; es por eso que se requiere de un control para verificar su estado de salud y rescatarlos en el momento adecuado y evitar así que suspendan su tratamiento.

En este caso es conveniente que se efectúen recordatorios cuando el paciente no acude a su cita de consulta externa o bien efectuar una visita domiciliaria que nos permita observar muy de cerca la evolución e integración del paciente al medio circundante; y si esto se hace necesario se aprovechará para dar una pequeña orientación, o bien, dirigirlos a los programas de orientación familiar que se realizan dentro de la institución.

Los estudios sociales tienen como objetivo principal la investigación de la conducta humana así como el medio ambiente donde se ha desenvuelto el paciente, a fin de interpretar, descubrir y encauzar las condiciones positivas del paciente y delimitar o eliminar las negativas, como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación al medio circundante.

Según Hamilton, los estudios sociales se dedican al descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato y a la búsqueda de aquellas capacidades individuales que pueden ofrecer una vida confortable y llena de satisfacciones. Además permite conocer mejor a las personas siendo la única forma de lograr éxito al aplicar un tratamiento social correctivo basado en el conocimiento psico-social del individuo.

Uno de los métodos principales del estudio social es la investigación; mediante este paso, se recaba la información que será utilizada por el médico que dirige el tratamiento proyectándola a su tratamiento; coordinando así nuestra labor para que el trabajo sea más eficiente y dé mejores resultados contribuyendo a la rehabilitación de nuestros pacientes.

En la investigación se utilizan dos fuentes: la directa y la indirecta.

La fuente directa comprende las entrevistas con el paciente y las observaciones de sus actitudes.

Las fuentes indirectas, comprenden las entrevistas colaterales del caso, como son los familiares, compañeros, amistades, etc.

La entrevista es el método por excelencia en los estudios sociales, en la cual es necesario observar cuidadosamente la actitud y expresión del entrevistado, atendiendo primordialmente a las causas internas o subjetivas.

Dentro de la investigación, el departamento de trabajo social cuenta con tres tipos de niveles para sus estudios.

a) Investigación social nivel I. Que consiste en la ficha del paciente, antecedentes familiares, evolución del padecimiento, datos generales de la familia. Observaciones captadas, personas entrevistadas.

b) Investigación social nivel II. Por medio de ésta el médico solicita los datos sobre un área determinada; ya sea familiar, conyugal, laboral, etc., según el caso amerite.

c) Investigación social nivel III. Esta equivale a un estudio completo sobre: Antecedentes personales, ambiente familiar, características psicológicas, historia escolar, historia laboral, historia médica, historia psico-sexual, historia marital, evolución de la enfermedad, información familiar, situación económica, antecedentes familiares, etc., que permiten dar una visión del mundo que rodea al paciente.

Dado el caso que los familiares no cuenten con los recursos económicos suficientes, se solicitará, ya sea por el médico o bien la administración, un estudio socio-

económico que permita conocer la situación presente. Y por medio de ésta se determine las cuotas a pagar por los servicios dados dentro de la institución. Hay casos en que el personal administrativo retira sus cuotas para aquellas personas que por su situación no pueden cubrir los gastos determinados.

#### *PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN CONSULTA EXTERNA*

Para pacientes con retraso mental, psicóticos crónicos, adictos, pacientes con trastornos de adaptación: adolescentes y conyugales. A estos últimos se les orientará sobre la problemática que presentan.

#### *CONTROL BIOESTADISTICO*

Esta actividad se realiza tanto a nivel de hospitalizados, por medio de las solicitudes de servicio, como a nivel de consulta externa. Las que ayudan a efectuar las gráficas anuales, las que permiten evaluar la eficacia del servicio como la concienciación de nuestros errores y mejorar los servicios prestados dentro de la institución enfocados principalmente al departamento de trabajo social.

#### *COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES DE SERVICIO*

El departamento de trabajo social, cuenta con un directorio de instituciones con las que mantenemos comunicación, pues en determinado momento nos son útiles para canalizar y orientar a las personas que acuden a nuestro departamento, las que, en muchas ocasiones, no sólo tienen problemas mentales sino que solicitan asesoría a distintos niveles, proporcionándoles todo tipo de ayuda y cuando ésta no se encuentra a nuestro alcance, las enviaremos a las instituciones correspondientes.

Como estos puntos que desarrollamos, existen otros que desempeña el departamento de trabajo social dentro de la institución, tanto a nivel hospitalario como de consulta externa, que, por considerarlos de menor importancia, no fueron expuestos; no queremos decir con esto que pierden valor; por el contrario, ayudan al enriquecimiento de nuestra labor dentro del campo psiquiátrico que tiene como fin último: ayudar a nuestros semejantes a ayudarse a sí mismos.

Quiero hacer notar que contamos con la participación de tres escuelas de Trabajadores Sociales para el desarrollo de este programa.

G. DEL PILAR R. DE CARRILLO  
Trabajadora Social, México

## DIRIGIR ES UNA PROFESION

#### *EL PODER Y LA AUTORIDAD DEL DIRIGENTE*

En una sociedad democrática, justa, humana, ¿se justificaría la existencia de dirigentes? Dicho de otra forma: Para poder realizarse como persona, ¿es necesario organizar la sociedad en estructura jerarquizada con núcleos de mayor o menor densidad de poder? ¿es que sólo es posible la convivencia adoptando la autoridad de los que dirigen?

¿No sería posible alcanzar una situación social en la que cada ciudadano conociera su misión y la cumpliera en función de su sentido de responsabilidad hacia los demás y hacia sí mismo?

La sociedad en que vivimos necesita organizarse para poder subsistir, con grupos que coordinen sus esfuerzos. Ello implica estructurar, y distribución de núcleos de poder. El poder, como la técnica, no es algo malo en sí mismo. Es el mal uso de la técnica lo que deshumaniza al cuerpo social, y es el abuso del poder lo que caracteriza a los tiranos. De todas formas no hay que engañarse, el poder crea en quien lo ostenta una mala imagen, quizás la imagen contraria a la de aquél que toma la decisión de dedicar su vida al servicio de los demás.

No obstante, el dirigente más que poder debe de ostentar autoridad. Digamos que el poder que el dirigente necesita es el mínimo necesario para conseguir la autoridad que debe de ostentar en el puesto que ocupa.

Por otra parte la diferencia entre poder y autoridad, radica en que esta última no es más que la racional legitimación de aquél.

#### *NECESIDAD DE LOS DIRIGENTES*

Se sabe que desde los tiempos más remotos de la humanidad, el progreso ha sido posible gracias al esfuerzo y la capacidad de sus dirigentes. Por otra parte, la sociedad moderna, la convivencia social, el progreso, el nivel de vida, etc., exige que el cuerpo social se organice en grupos especializados, de cuyas actividades específicas todos nos beneficiamos. No es posible que cada persona sea capaz de resolver todos sus problemas. Necesita de los demás. Más aún, esta necesidad entre las personas trasciende a las familias, a las ciudades y pueblos, a las regiones y también a las naciones.

Esta necesidad de especialización exige una adecuada organización y planificación, y aquellas personas que ejercen estas funciones, también especiales, son los diri-

económico que permita conocer la situación presente. Y por medio de ésta se determine las cuotas a pagar por los servicios dados dentro de la institución. Hay casos en que el personal administrativo retira sus cuotas para aquellas personas que por su situación no pueden cubrir los gastos determinados.

#### *PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN CONSULTA EXTERNA*

Para pacientes con retraso mental, psicóticos crónicos, adictos, pacientes con trastornos de adaptación: adolescentes y conyugales. A estos últimos se les orientará sobre la problemática que presentan.

#### *CONTROL BIOESTADISTICO*

Esta actividad se realiza tanto a nivel de hospitalizados, por medio de las solicitudes de servicio, como a nivel de consulta externa. Las que ayudan a efectuar las gráficas anuales, las que permiten evaluar la eficacia del servicio como la concienciación de nuestros errores y mejorar los servicios prestados dentro de la institución enfocados principalmente al departamento de trabajo social.

#### *COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES DE SERVICIO*

El departamento de trabajo social, cuenta con un directorio de instituciones con las que mantenemos comunicación, pues en determinado momento nos son útiles para canalizar y orientar a las personas que acuden a nuestro departamento, las que, en muchas ocasiones, no sólo tienen problemas mentales sino que solicitan asesoría a distintos niveles, proporcionándoles todo tipo de ayuda y cuando ésta no se encuentra a nuestro alcance, las enviaremos a las instituciones correspondientes.

Como estos puntos que desarrollamos, existen otros que desempeña el departamento de trabajo social dentro de la institución, tanto a nivel hospitalario como de consulta externa, que, por considerarlos de menor importancia, no fueron expuestos; no queremos decir con esto que pierden valor; por el contrario, ayudan al enriquecimiento de nuestra labor dentro del campo psiquiátrico que tiene como fin último: ayudar a nuestros semejantes a ayudarse a sí mismos.

Quiero hacer notar que contamos con la participación de tres escuelas de Trabajadores Sociales para el desarrollo de este programa.

G. DEL PILAR R. DE CARRILLO  
Trabajadora Social, México

## DIRIGIR ES UNA PROFESION

#### *EL PODER Y LA AUTORIDAD DEL DIRIGENTE*

En una sociedad democrática, justa, humana, ¿se justificaría la existencia de dirigentes? Dicho de otra forma: Para poder realizarse como persona, ¿es necesario organizar la sociedad en estructura jerarquizada con núcleos de mayor o menor densidad de poder? ¿es que sólo es posible la convivencia adoptando la autoridad de los que dirigen?

¿No sería posible alcanzar una situación social en la que cada ciudadano conociera su misión y la cumpliera en función de su sentido de responsabilidad hacia los demás y hacia sí mismo?

La sociedad en que vivimos necesita organizarse para poder subsistir, con grupos que coordinen sus esfuerzos. Ello implica estructurar, y distribución de núcleos de poder. El poder, como la técnica, no es algo malo en sí mismo. Es el mal uso de la técnica lo que deshumaniza al cuerpo social, y es el abuso del poder lo que caracteriza a los tiranos. De todas formas no hay que engañarse, el poder crea en quien lo ostenta una mala imagen, quizás la imagen contraria a la de aquél que toma la decisión de dedicar su vida al servicio de los demás.

No obstante, el dirigente más que poder debe de ostentar autoridad. Digamos que el poder que el dirigente necesita es el mínimo necesario para conseguir la autoridad que debe de ostentar en el puesto que ocupa.

Por otra parte la diferencia entre poder y autoridad, radica en que esta última no es más que la racional legitimación de aquél.

#### *NECESIDAD DE LOS DIRIGENTES*

Se sabe que desde los tiempos más remotos de la humanidad, el progreso ha sido posible gracias al esfuerzo y la capacidad de sus dirigentes. Por otra parte, la sociedad moderna, la convivencia social, el progreso, el nivel de vida, etc., exige que el cuerpo social se organice en grupos especializados, de cuyas actividades específicas todos nos beneficiamos. No es posible que cada persona sea capaz de resolver todos sus problemas. Necesita de los demás. Más aún, esta necesidad entre las personas trasciende a las familias, a las ciudades y pueblos, a las regiones y también a las naciones.

Esta necesidad de especialización exige una adecuada organización y planificación, y aquellas personas que ejercen estas funciones, también especiales, son los diri-

gentes. Mientras sea necesario realizar funciones tales como tomar decisiones en clima de incertidumbre, trabajar en equipo, planificar, organizar, coordinar, informar y controlar, alguien tendrá que hacerlas, y quienes las realicen serán dirigentes.

En el mundo sanitario, debido fundamentalmente a la cada vez más necesaria especialización técnica y también por la gran complejidad que han ido adquiriendo esas tareas directivas, es por lo que más claramente se necesita que los responsables sean auténticos profesionales de las tareas directivas. La profesión sanitaria (médico, enfermera, etc.) es tan compleja que exige una dedicación profesional total. De igual forma, son tan complejos los problemas que giran en torno a las tareas directivas mencionadas más arriba que resulta casi imposible lograr la eficacia necesaria dedicándose a ellas solamente en los espacios de tiempo que deje libre el ejercicio de la profesión sanitaria.

Me atrevo a afirmar que los grandes fallos de la organización sanitaria de nuestro país se deben precisamente a la falta de profesionalidad de sus dirigentes. Generalmente el director del hospital, y en general sus directivos, son y han sido nombrados por reunir unas condiciones personales que poco tienen que ver con su capacidad para realizar las tareas directivas. Quizás se trate de un gran profesional médico, de extraordinario prestigio, o una persona honesta y «de toda confianza», pero ni siquiera se han valorado sus conocimientos, capacidades y aptitudes directivas.

Dirigir es una profesión que puede aprenderse, que exige vocación y dedicación, que conlleva el conocimiento de unos conceptos teóricos muy concretos, el adiestramiento en unas técnicas apropiadas, la capacitación ante unas situaciones específicas del campo de los dirigentes, etc. Son tan complejas estas funciones que incluso no es posible pensar que pueda hacerlas bien una sola persona y se requiera también la especialización entre los directivos.

No es aceptable que quien tenga que dirigir lo haga sin sentido profesional: el médico que, sin dejar de ejercer como tal, dirige un hospital, o al cuerpo médico del mismo, ni será todo lo buen profesional médico que podría ser, ni tampoco el buen directivo de hospital que la sanidad del país necesita; el profesional sanitario que acepta o pretende desempeñar un puesto directivo, en un hospital durante un período de su vida profesional no solamente no llegará a ser lo que podría, si dedicase su vida profesional a ello, sino que priva a los más decididos de la experiencia que el ocupar su lugar podría proporcionarles.

## LAS CONDICIONES DEL DIRIGENTE

«Fulano de Tal», es un «dirigente nato», un «líder nato», un «jefe natural». Estas frases, más o menos acertadas, quieren indicar que el «dirigente nace». Lo mismo que el artista, y no basta con «querer», ni si-

quiera con «tener vocación». Pero la Función Directiva es una ciencia, cada vez más difícil, más compleja, y por ello no es suficiente con el *ser* se requiere también el *hacerse*. Digamos que para valorar las condiciones o cualidades directivas de una persona, debe de hacerse bajo una triple vertiente:

- Sus conocimientos.
- Sus capacidades.
- Sus aptitudes.

La «capacidad directiva» de una persona es su *ser*, quizás su «genotipo directivo». Sus «conocimientos» teóricos y prácticos sobre las ciencias de la dirección de empresas sería el *hacerse* tal vez el «fenotipo directivo». Las «aptitudes» directivas del dirigente, resultan de la interacción de las capacidades y los conocimientos. Cuanto más alto sea el nivel directivo más importante será esta condición.

- La capacidad directiva es condición imprescindible. Si no se da, por muchos conocimientos directivos que se tengan, nunca se llegará a ser un dirigente. Es una condición *sine qua non*.
- Los conocimientos son necesarios para alcanzar la eficacia adecuada en la función de dirigir. Hoy día, sin estos conocimientos es muy arriesgado que las personas *capacitadas* ejerzan funciones de dirección. Los errores son frecuentes y de funestas consecuencias.
- Las aptitudes personales del dirigente capaz y con adecuados conocimientos es lo que le distingue de los demás dirigentes y le hace más adecuado para unas u otras funciones concretas. Estas aptitudes evolucionan en cada persona merced a la interacción entre los conocimientos, las capacidades y las aptitudes preexistentes.

En cuanto a los conocimientos, considero que una persona con formación universitaria general deberá además haber dedicado a la adquisición de conocimientos específicos unas 400 horas distribuidas así:

- Estadística, 20 horas.
- Economía Política Sanitaria, 40 horas.
- Epidemiología y Demografía, 20 horas.
- Legislación, 35 horas.
- Teoría de la Dirección, 40 horas.
- Dirección Económica y Financiera, 40 horas.
- Dirección del Control, 30 horas.
- Dirección Social, 40 horas.
- Dirección Técnica, 20 horas.
- Organización, 40 horas.
- Planificación, 40 horas.
- Técnicas de dirección, 35 horas.
- Temas humanísticos, éticos y pastorales, 30 horas (para los temas pastorales habría que tener en cuenta la confesionalidad del hospital).

○ Pero más importante que «llegar» es «mantenerse permanentemente actualizado». El dirigente puede que-

dar obsoleto en tres años si se descuida. Para ello tres métodos, conjuntos y coordinados, además de la experiencia que se obtiene del ejercicio de la función directiva, podemos recomendar:

- Leer libros y revistas de forma sistemática y programada (mínimo una hora diaria).
- Asistir a cursos, seminarios o mesas redondas como alumno (al menos 50 horas/año).
- Realizar estudios especiales dentro del campo de la dirección (al menos 50 horas/año).

Para terminar diré que el gran error de nuestra Sanidad ha sido y es, no conceder suficiente importancia a la selección, formación y conservación de sus dirigentes.

No se le ha dado importancia a la selección, porque en los hospitales públicos los dirigentes han sido y son funcionarios y no auténticos directivos; en los privados, médicos de prestigio; en los de la Iglesia, los superiores de las comunidades religiosas.

Los esfuerzos dedicados a la formación de directivos de hospital han sido mínimos, y los recursos económicos con este destino, ridículos si se miden en relación a los presupuestos generales y sus distintas partidas.

Los auténticos dirigentes sanitarios no suelen durar demasiado tiempo en sus puestos, a diferencia de lo que ocurre en el sector general de la empresa. Los estímulos son menores y las motivaciones más difícilmente superables.

La mejor inversión que puede hacer la sanidad del país, es, en mi criterio, en la selección, formación y conservación de dirigentes sanitarios.

JOSE ANTONIO MORENO

## BIBLIOGRAFIA

### Libros de empresa

1. *Un nuevo método de gestión y dirección*  
LIKERT, R., Ed. Deusto
2. *Eficacia personal y de la organización*  
HACON, RICHARD, Sdad. Hispano Europea, Barcelona
3. *La sociedad ambiciosa*  
MC CLELLAND, D. C., Ed. Guadarrama
4. *La ley de Parkinson y otros ensayos*  
PARKINSON, C. N., Ed. Ariel
5. *Las fórmulas de Peter*  
PETER, L. J., Ed. Plaza Janés
6. *Dirección de personal*  
SCOTT, W. D., Ed. Castillo
7. *Psicología de la vida profesional*  
SUPER, D. E., Ed. Rialp
8. *Management científico*  
TAYLOR, F. W., Ed. Dikos-Tau
9. *Motivación y moral en la industria*  
VITELES, M. S., Ed. Hispano-Europea
10. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*  
WELER, M., Fondo de Cultura Económica
11. *Cibernética*  
WIENER, N., Ed. Guadina

12. *Psicología social del trabajo*  
M. ARGYLE, Deusto
13. *La participación de los trabajadores en las decisiones de la empresa*  
G. M. VISCONTI, Index
14. *Mando y motivación*  
DOUGLAS Mc GREGOR, Ed. García Peña
15. *La participación, solución a la crisis de autoridad*  
G. BARCELÓ MATUTANO, Index
16. *Administración industrial y general*  
FAYOL, H., Ed. Ateneo
17. *Economía de la empresa: Teoría y práctica de la gestión empresarial*  
GUTEMBERG, E., Deusto
18. *Dirección humana de la empresa*  
HÖHN, R., Ed. Hispano Europea
19. *La función directiva como profesión*  
ALLEN, L. A., Ed. del Castillo, S. A.
20. *La gerencia de empresas*  
DRUCKER, P. F., Ed. Sudamericana
21. *La sociedad opulenta*  
GALBRAITH, J. K., Ed. Ariel
22. *Tareas y funciones de dirección general*  
GELINIER, O., Ed. TEA
23. *Dirección participativa por objetivos*  
GELINIER, O., Asociación para el progreso de la dirección
24. *Control de gestión*  
ROSE, T. G., Deusto
25. *Control e información en la empresa*  
FERNÁNDEZ ROMERO, A., Ed. Sagitario
26. *Sistemas de información a la dirección*  
BLUMENTHAL, SHERMAN, Ibérico Europea de Ediciones

### Libros de hospitales

1. *Temas de administración hospitalaria*  
Tomos I, II y III  
Escuela de Gerencia Hospitalaria  
Ministerio de Sanidad y Seguridad Social
2. *Temas de dirección hospitalaria*  
Tomos I, II y III  
Escuela de Gerencia Hospitalaria  
Ministerio de Sanidad y Seguridad Social
3. *Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial*  
Escuela de Gerencia Hospitalaria  
Ministerio de Sanidad y Seguridad Social
4. *Artículos publicados por*  
La Escuela de Gestión Hospitalaria

### Revistas sanitarias

1. *Labor Hospitalaria*  
Hermanos de san Juan de Dios  
Carretera de Esplugas, Barcelona 17  
Tel. 203 40 00
2. *Rol: Revista de Enfermería*  
Ediciones Rol, S. A. - Balmes, 292, Barcelona 6  
Tel. 200 10 00
3. *Policlínica*  
Peisa - Córcega, 89-93  
Tel. 230 74 42
4. *Hospital 80*  
Príncipe de Asturias, 16 - Barcelona  
Tel. 218 00 29
5. *Estudios sobre hospitales*  
Hort de la Vila, 45 bajos - Barcelona 17  
Tel. 204 17 86
6. *Revista de hospitales*  
Seguridad Social INP - Alcalá, 56 - Madrid

# Asistencia y enfermería

## HACIA UNA POSICION COMUN: RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA\*

*LA SALUD,  
DERECHO FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO*

La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»<sup>1</sup>.

Hemos llegado a considerar la salud como un derecho fundamental del ser humano. El Consejo Internacional de Enfermeras ratificó en 1971, la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y votó en favor del apoyo y la puesta en práctica de sus principios. Esta acción se basaba en la convicción de que proveer los medios que aseguren una existencia

saludable es el paso previo a cualquier declaración de derechos humanos. Somos también conscientes del hecho que la salud está íntimamente ligada a otros factores económicos y sociales.

A pesar de que las enfermeras han sostenido durante muchos años estos principios, no ignoran que demasiados seres humanos tienen pocas o ninguna oportunidad de utilizar servicios asistenciales que les aseguren una buena salud por la que accederán a una existencia digna y productiva.

*EL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA  
EN E.E.UU.*

Desde principios de esta década los profesionales estadounidenses de la salud se han puesto a trabajar, conjuntamente con el gobierno, para tratar de resolver las desigualdades existentes en el sistema de asistencia sanitaria en el país.

Los estudios realizados revelaron falta de coordinación y de planificación cuidadosa de las facilidades, como así también la distribución despareja del personal sanitario en Estados Unidos. Se comprobó que los servicios de salud habían estado funcionando durante varios años casi exclusivamente para casos extremos, sin dar oportunidad a la población de obtener los potenciales beneficios de servicios preventivos, de protección y mantenimiento de condiciones saludables. Combinado con estos problemas, aparece el hecho sorprendente de

\* La autora de este artículo Anne Zimmerman, doctora en Enfermería, recibió el título de doctora en Humanidades por la Universidad Loyola de Chicago. Es Presidente de la Asociación Americana de Enfermería.

Directora Ejecutiva de la Asociación de Enfermeras de Illinois, ex Presidente de la Comisión de Bienestar Económico y Social de la Asociación Americana de Enfermeras y representante de la misma en la Conferencia Internacional sobre Las Condiciones de Vida y Trabajo de los Trabajadores de la Salud, Moscú en 1975.

Fue también delegada de los E.E.UU. a la reunión conjunta OMS-OIT de 1973, en la que se discutieron recomendaciones para un instrumento internacional de trabajo.

Este trabajo que hoy presentamos fue presentado por la autora al XVI Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en Tokyo, Japón, en junio de 1977.

Lo publicamos aquí con autorización del CIE, Consejo Internacional de Enfermería.

C. E. CH.

que el aumento vertiginoso del costo de los servicios de salud refleja la inflación en la economía del país y no la provisión de más o mejores servicios dentro del actual sistema.

Pero estos problemas no son exclusivos de los Estados Unidos. Un examen de la situación en otros países, desarrollados o en vías de desarrollo, permite afirmar que:

- La totalidad de la población no tiene acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Existen diferencias marcadas en cuanto a la situación de la salud entre diferentes grupos de individuos dentro de un mismo país, como también entre grupos de distintos países.
- El aumento de los costos de los servicios no reflejan una mejoría en la calidad de los mismos.
- La expectativa del público en cuanto a la cantidad y la calidad de los servicios parece haber sido defraudada<sup>2</sup>.

Nadie conoce mejor que las enfermeras las carencias de los sistemas de cuidados de salud. Pero como grupo mayoritario entre los profesionales de la salud, las enfermeras deben determinar el rol que les corresponde en la extensión y en el mejoramiento de la calidad de los servicios en cada país.

#### MEJORAS EN LA ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD

Muchos críticos de los sistemas de salud argumentan que los problemas actuales sólo serán resueltos cuando se deje de poner énfasis en los casos críticos de salud, y se elaboren programas de asistencia más amplios y generales. Los expertos sanitarios declaran a su vez que, para pasar de un sistema a otro se debe, antes que nada, proceder a mejorar el sistema de asistencia primaria actual. Sabemos por experiencia que la asistencia primaria es el punto de contacto más importante entre el paciente y el sistema de salud. Una fuente define este nivel de asistencia de la manera siguiente: «a) el primer contacto de una persona enferma con el sistema de salud que llevará a la decisión sobre las medidas a tomar para resolver su problema; y b) la responsabilidad por la continuidad de la asistencia, por ejemplo, mantenimiento de la salud, evaluación de síntomas y envío al especialista apropiado»<sup>3</sup>.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria primaria debe ser «la forma de acción sanitaria que integra en el plano de la comunidad todos los elementos necesarios para influir en el estado de salud de la población»<sup>4</sup>.

A la luz de un control de costos, tan necesario hoy día, sobre todo en lo relativo a la administración de la salud, una mayor atención a la asistencia primaria puede ser uno de los métodos más eficientes y efectivos de utilizar los recursos físicos y financieros<sup>5</sup>.

En 1974 el Comité de Expertos de la OMS que estudió la atención de enfermería a la salud de la comunidad, declaró que la provisión de la asistencia primaria de salud a todos los sectores de la población es, quizá, el problema más difícil que deben enfrentar hoy la mayoría de las comunidades en todo el mundo<sup>6</sup>. Desde entonces la Organización Mundial de la Salud ha estado trabajando para mejorar la asistencia primaria de salud en todo el mundo.

Aunque la actitud hacia la provisión de asistencia primaria de salud puede variar de un país a otro, las autoridades sanitarias internacionales destacan varios principios generales que rigen la asistencia primaria:

- La asistencia primaria de salud debería formar parte integral del sistema sanitario nacional.
- Debería ser organizada en función de las necesidades y las prioridades de la población, mientras que la población a su vez debería intervenir activamente en la formulación e implantación de las actividades correspondientes a la asistencia primaria.
- Debería adoptarse como una actitud integral hacia los servicios preventivos, curativos, de promoción y de rehabilitación destinados al individuo, a la familia y a la comunidad<sup>7</sup>.

#### NUEVA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERIA

En 1971 el Ministro de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, encomendó a un grupo de trabajo el estudio de las posibilidades para la extensión de los servicios de enfermería. Compuesto por enfermeras, médicos y administradores hospitalarios, la comisión concluyó que una de las más importantes oportunidades que se ofrecían a un cambio constructivo radicaba en la alteración del sistema de asistencia sanitaria, para que la enfermería pudiera asumir responsabilidades considerablemente más importantes en los servicios de asistencia sanitaria primaria<sup>8</sup>.

De acuerdo con este grupo de trabajo, hay muchas enfermeras preparadas actualmente y otras podrían estarlo, para asumir más responsabilidades en los servicios de enfermería y de asistencia primaria, en la coordinación de los servicios de prevención, en la iniciación o en la participación de evaluación de diagnósticos, y en la transferencia de pacientes necesitados de diagnósticos y terapias médicas<sup>9</sup>.

Se ha observado también que la asistencia primaria de salud podrá alcanzar a un número mayor de individuos únicamente cuando más enfermeras participen en el sistema de cuidados de salud.

A medida que asumimos más responsabilidades en los servicios de enfermería y de asistencia primaria, debemos ser capaces de enfrentar nuevas dimensiones de responsabilidad profesional. En cualquier lugar don-

de practiquemos la enfermería estamos obligados a aceptar ciertas responsabilidades (tanto individualmente como colectivamente) que resultan de nuestro compromiso al constante mejoramiento de la salud.

### FORTALEZA Y RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO COLECTIVO

La profesión de enfermería como tal, es considerada responsable de:

- Colaborar directamente en el desarrollo y la implantación del sistema de atención de salud del país.
- Mejorar y ampliar los servicios de enfermería para responder a las necesidades de la población.
- Elevar el nivel y fortalecer la enseñanza de la enfermería para proveer el potencial humano necesario en enfermería (asistencia, administración, investigación y otras especialidades).
- Apoyar la utilización más eficiente y efectiva que sea posible de los recursos de la enfermería.
- Aumentar y mejorar la investigación básica y aplicada en enfermería.

El hacerse cargo de estas responsabilidades y el alcanzar los objetivos y las metas comunes, dependerá de la habilidad de las enfermeras como grupo profesional, para introducir los cambios, innovaciones y adaptaciones que sean necesarias. Este concepto de *colectividad* da a la profesión una homogeneidad de propósitos, política y métodos operativos. Dentro de la colectividad pueden discutirse y resolverse las diferencias, pueden establecerse las prioridades y reforzarse la autoridad de la profesión.

La necesidad de adaptarse a una sociedad en perpetuo cambio es una responsabilidad que toda profesión debe enfrentar; y el público hace responsable a cada profesión de proveer los servicios que satisfagan sus necesidades y exigencias.

Robert K. Merton, sociólogo destacado y antiguo asesor de la Asociación Americana de Enfermeras, hace notar que todos los aspectos de una profesión convergen en un gran interrogante: ¿Debe una profesión esperar que los cambios que se producen en la sociedad la obliguen a modificar de mala gana sus servicios, o debe tratar de anticiparse a los cambios que se anuncian para, llegado el momento, estar preparada a enfrentarlos?<sup>10</sup> De acuerdo con el Dr. Merton, la clave está en el *cambio dirigido* —el producto de una estimación crítica de situaciones anteriores y evolución posterior, más un pronóstico de las necesidades del público para las próximas tres, cuatro o cinco décadas.

La colectividad de enfermería tiene la obligación de modificar y extender el alcance de sus servicios a la luz de las nuevas demandas sanitarias y de las innovaciones científicas y tecnológicas. Como profesionales de enfermería debemos, en consecuencia, asumir la res-

ponsabilidad de identificar los objetivos importantes, establecer las prioridades e iniciar programas de enfermería renovados tendentes a satisfacer las necesidades proyectadas de servicios sanitarios y de enfermería.

Una responsabilidad a la cual siempre se ha visto enfrentada la enfermería es la de desarrollar un método efectivo de auto-control. Si la profesión de enfermería quiere desempeñar un papel preponderante de la asistencia sanitaria, el público debe tener confianza en la calidad del trabajo de los profesionales de enfermería.

En el Congreso sobre Enfermería de la Asociación Americana de Enfermeras se afirmó que: «La preocupación que una profesión demuestre por la calidad de sus servicios constituye el factor primordial de su responsabilidad para con la población. Cuanto más idoneidad se requiera para ejercer una profesión, mayor será la dependencia de la sociedad con respecto a los profesionales que la ejercen. Una profesión debe controlar las actividades de sus profesionales como medio de garantizar la calidad de sus servicios al público; las normas de la profesión proporcionan la seguridad de esa calidad. Este factor es esencial tanto para la protección del público como para la de la misma profesión. Una profesión que no consigue mantener la confianza de la población, dejará en breve tiempo de constituir una fuerza social»<sup>11</sup>.

Puesto que el público hace a la profesión responsable de la competencia que demuestren sus profesionales, la colectividad de enfermería tiene la obligación de establecer ciertas normas autorizadas de acuerdo a las cuales serán juzgados el ejercicio, los servicios y la enseñanza de la enfermería. Para aplicar y dar validez a estas normas la enfermería debe autogobernarse. En consecuencia, la colectividad de enfermería está obligada a velar por:

1. Que los sistemas de control queden efectivamente en manos de los *miembros de la profesión*.
2. Que las definiciones de los términos relativos a la práctica de la profesión sean lo suficientemente amplios y flexibles como para que puedan ser utilizados de manera segura por el personal, y para que admitan las modificaciones que la evolución de la profesión hará necesario introducir.
3. Que sean organizados y puestos en práctica los mecanismos necesarios a una evaluación de la calidad de los servicios y a una demostración de su valor por parte de los *miembros de la profesión*.
4. Que todos los mecanismos conduzcan a una utilización efectiva y eficiente del conocimiento y la habilidad de los profesionales de enfermería en tanto que practicantes de los servicios sanitarios primarios.
5. Que los programas que permitan reconocer formalmente el mérito personal y la actuación destacada del personal sean establecidos por *miembros de la profesión*.

Finalmente, la colectividad de enfermería tiene la obligación de proteger el derecho a la autodeterminación profesional y a la total participación de los profesionales en el proceso de la toma de decisiones relativas a las condiciones de trabajo. Esto sólo puede ser obtenido por medio de una acción colectiva.

Si la profesión desea alcanzar mayor autonomía y mantener el control de los servicios debe cumplir con sus responsabilidades, o sea:

1. Imponer normas profesionales y llevarlas a la práctica.
2. Establecer sistemas de acreditación, control y revalidación.
3. Anticiparse a las necesidades de la población y fijarse metas y objetivos.
4. Proteger el bienestar económico y general de los profesionales de enfermería.

### RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

Entre las características de un profesional se encuentran las siguientes: *competencia profesional, comprensión del medio en que debe actuar y al que debe servir, comportamiento conforme a una ética de la profesión, e interés científico en su especialidad*, todo lo cual implica que la conciencia profesional está íntimamente ligada a la responsabilidad. El Código para Enfermeras de la Asociación Americana de Enfermeras establece claramente que: la enfermera asume la responsabilidad por la credibilidad que inspiran sus actos y sus decisiones<sup>12</sup>.

Individualmente y colectivamente la principal responsabilidad de los profesionales de la enfermería es para con el público o sea el paciente. En el medio en que actúa, la enfermería debe proceder diariamente a tomar decisiones y a determinar sus propias actividades profesionales, para lo cual debe tener la autonomía necesaria. En la práctica diaria, los profesionales de enfermería deben garantizar que el paciente recibirá la atención sanitaria profesional que necesita. Como miembros de una colectividad, no podemos ignorar el factor credibilidad.

Algunas de nuestras responsabilidades incluyen la promoción de un sólido ejercicio de nuestra profesión en medio de una sociedad en perpetuo cambio, la evaluación de la eficacia de sistemas pre-establecidos; asistir a los pacientes desde un punto de vista fisiológico, psicológico y social; la evaluación de la asistencia que recibe el paciente, tanto la nuestra como la que recibe de otros, y el trabajo con otros miembros del equipo sanitario en una meta común que incluye mantener la salud y prevenir y tratar la enfermedad<sup>13</sup>.

Necesitamos educación permanente a todos los niveles para asegurar la calidad de la asistencia que el paciente espera de nosotros, y cada miembro del personal debería

poner en práctica las normas establecidas por la asociación profesional.

La habilidad de la enfermería como innovadora está íntimamente ligada a la calidad de su trabajo. Como profesional de la salud y como ciudadanos conscientes, cada profesional de enfermería tiene la obligación de contribuir al perfeccionamiento del sistema sanitario. Cuando los profesionales de enfermería hayan incorporado con éxito todos estos conceptos a su trabajo diario y a su actitud general hacia la enfermería, podrán comenzar a desaparecer las diferencias existentes entre lo que la enfermería es y lo que debería ser: asistencia sanitaria de buena calidad para toda persona en todos los ambientes. La credibilidad empieza con el profesional de enfermería dedicado individualmente a atender los pacientes y a aplicar las normas del ejercicio de la profesión, y para ello enfermería debe no solamente hacerse oír, sino también a escuchar a los demás. Debemos ser responsables unos con otros, comunicativos, compartir las nuevas experiencias con los colegas, establecer el diálogo y continuarlo.

Otra dimensión de la responsabilidad profesional es la participación de la enfermera en la asociación profesional. Si queremos que el impacto de la profesión sobre la asistencia sanitaria sea lo más importante posible, todas las enfermeras deben unirse y participar en su asociación nacional profesional. La asociación es la representante de la colectividad.

Como miembros de la organización profesional, enfermería puede participar en la organización de mecanismos, sistemas y programas tendentes al perfeccionamiento de la enfermería en su propio país, con lo cual ganará apreciación sobre las realidades a que se enfrenta la profesión a nivel internacional. Para ayudar a las enfermeras a convertirse en profesionales competentes, la asociación dispone de varios recursos. Los expertos en enfermería formulan normas que determinarán el ejercicio de la profesión, los diferentes servicios, la enseñanza y la educación permanente, respaldan y promueven la legislación sanitaria en el interés de la enfermería y del público, crean mecanismos de evaluación, organizan charlas, conferencias y talleres de trabajo sobre las últimas innovaciones técnicas producidas. En otras palabras, los integrantes de la asociación profesional «comparten y se benefician con las mejores teorías de la profesión»<sup>14</sup>.

### ROL DE LA ASOCIACION PROFESIONAL

Desde los comienzos de la enfermería sus dirigentes reconocieron la necesidad de crear una organización que sería el vehículo por intermedio del cual los profesionales de enfermería podrían colectivamente influir los factores internos y externos relativos a la asistencia sanitaria.

A fines del siglo XIX Isabel Hampton Robb señaló

que si las enfermeras de los Estados Unidos no constituían una profesión era porque carecían de dos elementos esenciales: *organización* y *legislación*. Como resultado de los esfuerzos de la señora Robb y de otros, se creó la Asociación Americana de Enfermeras en 1896, con el fin de elevar los niveles de la enseñanza de la enfermería, establecer un código de deontología y promover los intereses de las enfermeras. Durante sus 80 años de existencia, la AAE ha promovido la investigación y la legislación sobre el ejercicio de la enfermería, ha estimulado la creación y puesta en práctica de normas que regulan la profesión en todos sus aspectos, y ha fijado las metas, a corto y a largo plazo, que han determinado las actividades de la profesión en los Estados Unidos.

Casi al mismo tiempo en que las enfermeras norteamericanas trataban de fundar su asociación nacional, Ethel Bedford Fenwick iniciaba la campaña que debería llevar a la creación de una organización internacional de enfermeras. Dirigiéndose a un grupo de Enfermeras Jefes Principales en Gran Bretaña en 1899, la señora Fenwick afirmó que «la experiencia nos ha demostrado que un sistema autorizado de enseñanza de la enfermería y de control de la profesión no podrá nunca ser obtenido si no es unánimamente apoyado por la totalidad de las enfermeras; sólo la unión nos dará la fuerza necesaria para ello»<sup>16</sup>. Poco después fue fundado el Consejo Internacional de enfermeras, para proporcionar a las enfermeras de todo el mundo un medio de comunicación, para facilitar el intercambio internacional y para dar oportunidad a que las enfermeras de todos los países pudieran reunirse y cambiar puntos de vista sobre todos los aspectos del bienestar de los pacientes y de la profesión en general<sup>17</sup>.

El poder gobernarse a sí misma es una de las características esenciales de toda profesión, pero sólo podrá ser obtenida cuando un grupo de personas que la ejercen se reúna para desempeñar ciertas funciones que no pueden desempeñar aisladamente en sus respectivas capacidades.

Hoy día las actividades del CIE van desde la promoción de la investigación hasta el examen de posibles soluciones al problema del éxodo de profesionales de los países en vías de desarrollo hacia los EE.UU. y otros países económicamente más poderosos.

Un ejemplo clásico de la preocupación y el interés de las enfermeras a nivel internacional, es la actual campaña del CIE en favor de la aprobación y la puesta en práctica de un instrumento internacional sobre las condiciones de vida y de trabajo del personal de enfermería. En noviembre de 1973 la Oficina Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud realizaron una reunión conjunta sobre este tema en Ginebra, con la cual culminaban seis años de trabajos y esfuerzos por parte del CIE. Los expertos que asistieron a la reunión representaban la enfermería, los gobiernos, los empleadores, los sindicatos y las organizaciones profesionales de muchos países, y de las dis-

cusiones resultó un conjunto de declaraciones que serviría como guía para una acción inmediata y como indicación del contenido de las normas que se incluirían en el *instrumento* propuesto\*.

Como consecuencia de la campaña del CIE, el Consejo de Administración de la OIT incluyó este documento en el Orden del Día de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1976, acción que fue apoyada por los participantes en la Conferencia Internacional sobre las condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería que tuvo lugar en Moscú en 1975, y que fue convocada por la Unión de Trabajadores de la Medicina como primer paso hacia la solución de los diversos problemas comunes.

Fue para mí un privilegio el haber podido participar en ambas reuniones, la de Ginebra y la de Moscú. El hecho de haber estado personalmente implicada en la creación del instrumento mencionado, motiva mi profundo interés en que el mismo sea ratificado por todos los países. En su forma y contenido, aprobado por la Conferencia de la OIT en 1976, el proyecto fue enviado a todos los gobiernos para ser examinado y para que hicieran los comentarios al respecto, ya que será discutido definitivamente en la Conferencia Internacional del Trabajo en 1977. El CIE está trabajando en estrecho acuerdo con sus asociaciones miembros para tratar de obtener el apoyo de sus respectivos gobiernos a la ratificación y la implantación del documento.

En la práctica, el instrumento internacional proporcionará a los profesionales de enfermería, a sus empleadores y a los gobiernos, directivas específicas en asuntos como las condiciones para un ejercicio eficaz de la enfermería, exigencias mínimas de estudios realizados para la entrada de una persona en servicios activos, ascensos y movilidad en la carrera, negociaciones colectivas, horarios de trabajo, remuneración, seguridad social y protección de la salud del personal de enfermería.

Apelo a la comprensión de cada profesional de enfermería para que considere la causa de la aprobación de este documento por parte de su gobierno como una causa propia, con la convicción de que constituirá un instrumento invaluable para definir las normas que gobernarán y orientarán las actividades de las enfermeras de todo el mundo.

A través de sus asociaciones miembros el CIE representa una fuerza de casi un millón de profesionales de enfermería de todo el mundo. Pero la credibilidad en la profesión comienza con el profesional que, individualmente cree en sí mismo, en la familia, en su comunidad, en la profesión y en la asociación profesional.

En un sentido más amplio, por intermedio del Consejo Internacional de Enfermeras y de sus años de continuos progresos, vemos la parte que corresponde a cada profesional en la evolución de una credibilidad

\* Estos documentos han sido publicados en español. Tomos I y II referidos a 1976, y tomo III correspondiente a 1977. Se encuentra en las librerías distribuidoras de material de la OMS.

a nivel individual a una situación internacional en que no sólo la población tiene confianza en su enfermería sino que los profesionales de enfermería se tienen confianza a sí mismos y entre ellos. Como miembros de nuestras organizaciones profesionales y del Consejo Internacional de Enfermeras nos es hoy posible apreciar los resultados de nuestra lucha internacional en favor de la salud y de la asistencia de los enfermos. Es un pensamiento humilde, pero es también un testimonio para el futuro de nuestra colectividad, para su energía, para sus posibilidades, para su progreso.

ANNE ZIMMERMAN

## BIBLIOGRAFIA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946.
2. ADENIYI-JONES, O.: *Community Involvement: New Approaches*, WHO Chronicle, Vol. 30, p. 8 (1976).
3. Extending the Scope of Nursing Practice: A Report of the HEW Secretary's Committee to Study Extended Roles for Nursing (U.S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1971).
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Promotion of National Health Services*, p. 1 (WHO 28th World Health Assembly, 1975).
5. WHO EXPERT COMMITTEE: *Community Health Nursing*, WHO Technical Report Series 558 (World Health Organization, Geneva, 1974).
6. ANDREPOULOS, S. (ed.): *Primary Care: Where Medicine Fails*, pp. 190-191 (John Wiley & Sons, New York, 1974).
7. HENTSCH, Y.: *Community and World Health*, International Nursing Review, Vol. 23, pp. 104-105 (July-August 1976).
8. Extending the Scope of Nursing Practice: A Report of the HEW Secretary's Committee to Study Extended Roles for Nurses, p. 9 (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1971).
9. Ibid.
10. MERTON, R. K.: *Issues in the Growth of a Profession*, Convention Proceedings of the American Nurses' Association, p. 296 (American Nurses' Association, New York, 1958).
11. CONGRESS FOR NURSING PRACTICE: *Why Standards of Practice?*, Standards of Nursing Practice, p. 1 (American Nurses' Association, Kansas City, 1974).
12. AMERICAN NURSES' ASSOCIATION: *Code for Nurses with Interpretive Statements*, p. 3 (American Nurses' Association, Kansas City, 1976).
13. Joint Statement on *The Nurse Functioning as a Primary Care Agent* issued by Western Council on Higher Education for Nursing, Western Interstate Commission for Higher Education, and National League for Nursing, p. 1 (1971).
14. NOTTER, L. E. y SPALDING, E. K.: *Professional Nursing: Foundations and Relationships*, p. 256 (Lippincott, Philadelphia, 1976).
15. One Strong Voice The Story of the American Nurses' Association, compiled by L. Flanagan, p. 23 (American Nurses' Association, Kansas City, 1976).
16. FENWICK, E. B.: *The ICN Idea*, in ARNOLD, V.: *The Past: Way to the Future*, International Nursing Review, Vol. 21, No. 3-4, p. 69 (1974).
17. Ibid.

## MUERTE DIGNA DEL HOMBRE Y MUERTE CRISTIANA

(Viene de la página 204)

no deben ocupar el lugar de los hospitales; al contrario, es deseable que los miembros del personal cuidador susciten efectivamente en los parientes y vecinos la voluntad de acompañar a sus moribundos en un espíritu de comprensión y de participación interior.

La comunidad tiene pues que jugar un papel importante en lo que respecta al acompañamiento personal del moribundo. También es cierto que el compromiso personal no exime a los hospitales de su responsabilidad de crear las condiciones para una muerte digna. Estas condiciones deben estar previstas en la planificación y la organización de los hospitales, en su construcción y en el tratamiento de los enfermos. Así, pues, las habitaciones de los pacientes deben permitir una muerte digna del hombre, principalmente favoreciendo los contactos con la familia. El método que consiste en relegar al enfermo a una sala especial del hospital, y que se encuentra todavía en muchos lugares, no debe ser erigido como regla general. Es esencial que, en la organización general de la terapia, se tenga en cuenta

el acompañamiento al moribundo. Esto significa en concreto que los parientes o toda otra persona designada deben formar parte del acompañamiento al enfermo, o por lo menos deben ser tenidos al corriente, y que todo moribundo debe tener la posibilidad de tener a alguien para que le asista en sus últimos instantes. Sobre este plan, la pastoral de los enfermos tiene que jugar un papel cada vez más decisivo. En estos últimos años, por medio de una formación adecuada, los capellanes de hospitales, católicos o protestantes, han sido especialmente formados para asistir a los pacientes en su enfermedad y en su agonía y a convertirse en colaboradores del equipo médico del hospital. Sin una colaboración entre la pastoral de los enfermos y los servicios médicos, esta difícil tarea no tendría éxito.

Selección: MIGUEL GARCÍA, O. H.  
Secretario General, Roma

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH  
Voluntarios san Juan de Dios, Barcelona

# Pastoral hospitalaria

## LA ACTIVIDAD SOCIAL Y PASTORAL EN EL CAMPO SANITARIO



**KAROL WOJTYLA  
EL AMIGO  
DE LOS ENFERMOS**

Karol Wojtyla ha cumplido un año de pontificado.

Su acción pastoral se ha hecho presente en los más lejanos países del mundo.

Los hombres de nuestro tiempo han quedado gratamente impresionados ante su infatigable labor. Ha conquistado con su sencillez a los hombres de todas las razas.

Estos han comprendido perfectamente su lección: La Iglesia está al servicio del hombre.

Su interés por el hombre que sufre quedó demostrado en las primeras horas de su elección. Abandonó el Vaticano y se fue al hospital a visitar a un gran amigo.

Después de esta primera visita realizada a un centro hospitalario de Roma,

todos los momentos son buenos para el Papa Wojtyla para estar junto a los marginados, al lado de los que sufren, cerca del necesitado que le susurra al oído sus cuitas.

LABOR HOSPITALARIA viene recogiendo en sus páginas las palabras de aliento, los saludos —a corazón abierto— que dispensa a los grupos de enfermos que salen a su encuentro.

Antes de acabar el año de su pontificado el Papa ha dictado una lección profunda a los servidores de los enfermos. Karol Wojtyla es el primer pontífice que ha hablado de pastoral sanitaria y lo ha hecho con una sencillez, con una convicción, con una clarividencia extraordinarias.

LABOR HOSPITALARIA dedica la primera página del presente número —escrita por uno del equipo de redacción— a resaltar este hecho histórico que colma de satisfacción a cuantos —desde hace años— intentamos despertar en las personas que dedican

su actividad al enfermo, el convencimiento de que nuestra entrega al hombre enfermo total, debe ser hecha sin restricción alguna.

Al abrir, esta vez, la sección de *Pastoral Hospitalaria*, lo hacemos con la lección paterna del Papa Wojtyla. Y lo realizamos pensando en los lectores que nos siguen incondicionalmente, en todos y cada uno de los países hispanohablantes.

A. R. B.

## AL SERVICIO DEL MUNDO DEL SUFRIMIENTO

¡Queridísimos hermanos y hermanas!

Al agradecer la cortesía que os ha movido a solicitar este encuentro, deseo expresar ante todo el vivo gozo que llena mi ánimo al ver junto a mí una tan calificada representación de las familias religiosas que actúan en el campo socio-sanitario. Al veros, mi pensamiento se dirige instintivamente hacia el gran número de almas generosas, que condividen vuestro mismo ideal de consagración a Cristo y de servicio a los hermanos y que, como vosotros, gastan sus energías en las salas de los hospitales o sanatorios, entre las personas internadas en centros de rehabilitación o entre los ancianos residentes en institutos dedicados a ellos.

Y he aquí que, como evocada por vuestra misma presencia, una multitud de otros rostros aparece ante los ojos del alma: es el mundo de los que sufren, sea cualquiera su edad y condición social, cada uno con su propia historia, quizá con su propia amargura, ciertamente con una expectación que a veces se hace imploración angustiosa.

Vuestro servicio surge precisamente de la viva percepción de las necesidades, expectativas y desilusiones, que agitan esta porción de la humanidad, de la que con demasiada frecuencia tiende a desentenderse el mundo de los sanos. Vuestra sensibilidad está inspirada y estimulada sobre todo por la palabra de Cristo: «Estaba enfermo y me visitasteis» (Mt 25, 36). Os habéis dejado personalmente arrastrar y habéis decidido consagrar vuestra vida a las esperanzas de tantos hermanos. Lo habéis decidido de forma plena y total, renunciando a todo lo que habría podido representar un obstáculo a la plenitud de la entrega, precisamente a esa vuestra consagración a Cristo en la vida religiosa para una disponibilidad sin reservas, amorosa y operante, hacia las necesidades del prójimo.

## UNA TRADICION HEROICA Y GLORIOSA DE LA IGLESIA

Deseo testimoniaros mi admiración. Con vuestro ejemplo, continuáis una tradición nobilísima que, partiendo de la institución de los primeros diáconos (cf. Act 6, 1), caracteriza toda la historia de la Iglesia. Me complace sobre todo citar las «hospederías» de los años mil, frecuentadas por peregrinos y cruzados, así como los hospitales del siglo XVI, ricos de arte y de historia; pero se puede decir que, desde los orígenes hasta los más modernos conjuntos sanitarios, ha sido

toda una floración de iniciativas asistenciales, que se inspiran y alimentan en los valores evangélicos. Es significativo, a este respecto, el hecho de que la constitución de las mismas estructuras asistenciales, desde el pasado más remoto, fuese siempre igual: la catedral y, junto a ella, el hospital, como para testimoniar con hechos la fe en la doble presencia de Cristo: la real, bajo las especies eucarísticas, y la mística, entre los hermanos necesitados y enfermos.

Es necesario reavivar la toma de conciencia de estas tradiciones gloriosas y de la seguridad en la fe que las inspiró, para confirmar en nosotros mismos la fidelidad al compromiso de dedicación al prójimo necesitado y la motivación superior, precisamente de fe, que ilumina y orienta su cumplimiento. En otras palabras: lo que justifica también hoy, en una sociedad avanzada y que tiende a ser autosuficiente, vuestro peculiar ideal, es el hecho de ofrecer al necesitado, junto a una prestación generosa, incansable, no siempre reconocida ni siquiera en sus derechos, indiscutible a nivel sanitario y humanitario, también un testimonio vivo del amor y de la solicitud de Cristo hacia los que sufren.

La asistencia, en efecto, no puede reducirse al elemento estrictamente técnico-profesional, sino que debe dirigirse a todo el ser humano y por tanto también a su aspecto espiritual. Ahora bien, el espíritu humano, por su naturaleza, está abierto a la dimensión religiosa, la cual, por añadidura, se hace en general más viva y se advierte más en el momento de la enfermedad y del sufrimiento. El enfermo, por tanto, si es cristiano, deseará la presencia, junto a sí, de personas consagradas, las cuales, junto con toda su prestación técnica adecuada, sepan ir más allá de esta dimensión que pudiéramos llamar humana y ofrecerles, con paciente y atenta delicadeza, la perspectiva de una esperanza más amplia: la que nos enseña la cruz, en que fue enclavado el Hijo de Dios por la redención del mundo. Dentro de esa perspectiva, «toda cruz —como tuve ocasión de decir recientemente a un grupo de enfermos durante mi peregrinación a Polonia—, toda cruz colocada sobre las espaldas del hombre adquiere una dignidad humanamente inconcebible, haciéndose signo de salvación para quien la lleva y también para los demás».

Esa es la razón profunda que motiva vuestra presencia en el amplio campo de la asistencia sanitaria: llevar a los enfermos, con la palabra y el ejemplo, un testimonio limpio y coherente que les haga revivir ante sus ojos algún rasgo de la figura amable del Salvador, «el cual pasó haciendo el bien y curando a todos» (Act 10, 38). ¿No es quizá éste también el mandamiento que resonó en los labios de Jesús, cuando mandó

a sus discípulos «a predicar el reino de Dios y hacer curaciones»? (Lc 9, 2; cf. 10, 9). La Iglesia, comprometiéndose a la asistencia de los enfermos no hace más que obedecer la voluntad de servicio y de amor de su Señor y Maestro.

Continuad, pues, hijos e hijas queridísimos, con ímpetu renovado vuestra acción benéfica en servicio del hombre. Vuestra diaria dedicación sea testimonio de una realidad que trasciende vuestra vida: inclínese Cristo mismo con vosotros sobre el sufrimiento humano para suavizar su tormento con el bálsamo de la esperanza que sólo El puede dar. Sed conscientes de esta misión y vivid coherentemente sus consecuencias. Precisamente, para ayudaros en este vuestro empeño, quisiera proponeros algunas sugerencias.

#### DIALOGO EVANGELIZADOR CON LOS ENFERMOS

La primera se refiere a la *elección del campo de acción*. El Estado ha hecho en estos años progresos importantes en el cumplimiento de su deber sanitario y asistencial. No obstante lo cual, sigue habiendo sectores en los que la asistencia pública presenta todavía, en cierto modo, y a veces casi inevitablemente, lagunas e insuficiencias. Hacia esa dirección deberá orientarse con preferencia prioritaria vuestro interés.

Es obvio que, para llevar a cabo decisiones ponderadas en este sentido, será necesario someter las iniciativas maduras dentro de cada instituto, a una *verificación*, mediante una abierta constatación de la realidad: con una valoración comunitaria de la situación objetiva, se podrá llegar a decisiones que respondan mejor a las efectivas exigencias del contexto social concreto.

La segunda sugerencia se refiere al *diálogo religioso* que se establece entre vosotros y los enfermos: éste deberá intentar proponer, con respeto para todos, y en particular con delicadeza para quien no tiene todavía el don de la fe, juntamente con el testimonio de vuestra vida personal, el misterio pascual en su integridad. Existe, en efecto, una cierta «ascética de la aceptación» que enlaza más con la noción de *resignación* cercana al fatalismo, que con la paciencia cristiana (la *hypomone* de san Pablo). En el misterio pascual, que hace comprender la pasión y muerte de Cristo a la luz de la resurrección, se esclarece la vocación del cristiano frente a la enfermedad y a la muerte: la aceptación del sufrimiento se une a la voluntad y al empeño de hacer lo posible por vencerlo y por reducirlo o superarlo cuando se trata del prójimo. En el sufrimiento y en la muerte, efectivamente, se manifiesta la misteriosa herencia del pecado, sobre el cual Cristo ya triunfó definitivamente.

Por tanto, nada de renuncia ante la enfermedad, sino resistencia activa; el cristiano actúa para liberarse de la enfermedad y la muerte, en la que, gracias a la fuerza que recibe por la fe en el misterio pascual,

se ve sostenido por la certeza de que, al final, triunfará la vida.

#### TESTIMONIO Y EJERCICIO DE LA CARIDAD

Una última sugerencia quiero todavía confiaros: se refiere *al estilo de vuestra presencia* junto a los enfermos. Es una presencia que tiene rasgos comunes con los de todas las personas que se dedican profesionalmente a la asistencia de enfermos: la preparación científica y técnica, la generosidad del servicio, la atención constante a la persona que tiene necesidad de cuidados. Pero presenta también, por la motivación evangélica que la inspira, un rasgo particular, que consiste en ver en el enfermo, por el sufrimiento que lleva en el cuerpo y en el espíritu, la persona misma de Cristo; y, por tanto, puede requerir también el sacrificio, la renuncia a derechos profesionalmente fundados y a exigencias humanamente explicables.

¿No es éste quizá el más importante testimonio que estáis llamados a dar en el ámbito de vuestro trabajo? Es decir: el testimonio de que el enfermo no puede dejar de constituir una prioridad permanente, dentro de todas las atenciones y actividades sanitarias. Y quisiera añadir —con gran admiración y afecto, porque sé lo que muchísimos de vosotros dais por encima de las mismas energías físicas— que esa prioridad puede llevar consigo, en algunos casos, también sacrificios en el plan organizativo y financiero de las mismas instituciones, especialmente en favor de los más pobres.

Como veis, no es la vuestra realmente una tarea fácil. Requiere el ejercicio de una caridad que se inspira diariamente en el ejemplo de Cristo, «el cual no ha venido a ser servido sino a servir y dar su vida en rescate por muchos» (Mt 20, 28). Pero es en esta inspiración genuinamente evangélica donde radica la nobleza de vuestra misión y la justificación de vuestra presencia en el mundo de los enfermos. El ejercicio de la caridad hacia los hermanos es natural expresión de la fe; y la Iglesia justamente lo afirma como una dimensión no marginal, ni secundaria, de la misma libertad religiosa. ¡Recordadlo!

Y en los momentos de cansancio, elevad vuestra mirada a María, la Virgen que, olvidándose de Sí misma, emprendió viaje «de prisa» hacia la montaña, para visitar a su anciana prima Isabel, necesitada de ayuda y asistencia (cf. Lc 1, 39 y ss.). Sea Ella inspiradora de vuestra cotidiana dedicación al deber; que os sugiera Ella las palabras adecuadas y los gestos oportunos en la cabecera de los enfermos; os consuele en las incomprendiones y fracasos, ayudándoos a conservar siempre en vuestro rostro la sonrisa y en el corazón la esperanza.

Con estos deseos, mientras confirmo mi estima y mi afecto por vuestra Asociación y por los institutos que representa, abrazo a todos con una paternal bendición, que de buen grado extendiendo también a los queridos enfermos de vuestros centros y al personal médico y paramédico, que en ellos presta con diligencia su meritoria obra.

# EVANGELIZACION DE LOS ENFERMOS DESDE EL DOCUMENTO DE PUEBLA

## INTRODUCCION

Cuando los Pastores latinoamericanos asumen el compromiso que significa para la Iglesia la tarea evangelizadora en el presente y en el futuro, el Documento surgido de la Asamblea de Puebla, elige una metodología en la comprensión del cómo evangelizar, que será pauta para todas las acciones pastorales que se lleven a cabo en el continente.

Se desecha un procedimiento de realizaciones individuales, todo va motivado por los principios de *comunidad* como búsqueda y puesta en común, y la *participación* como expresión de corresponsabilidad de quienes están comprometidos como agentes de la tarea pastoral.

La planificación en el trabajo apostólico, la realización de unos proyectos concretos, con objetivos, políticas y estrategias que lo contengan, expresarán las opciones que cada grupo tome y será «la respuesta específica, consciente e intencional a las necesidades de la Evangelización» (DP 1307), en el campo en el que cada comunidad cristiana quiere comprometerse, evaluando los resultados que se van obteniendo.

Esta pastoral planificada nos muestra un procedimiento a seguir: conocimiento de la realidad (sus logros y fracasos), marco doctrinal (desde la Palabra de Dios y las ciencias), y diagnóstico resultante que conlleva una actuación concreta.

En este proceso tienen que intervenir todos los que van a comprometerse en el trabajo concreto. «Todo depende de todos» tiene que hacerse realidad en cada etapa. Quienes no participan en alguno de los pasos de la planificación, tampoco se comprometerán integralmente en todas sus exigencias, y la evaluación que se realice no será elemento positivo que retroalimente los programas pastorales.

Deben encontrarse las formas más adecuadas de *optimización* de todos los posibles agentes de evangelización, sobre todo entre los laicos que trabajan en el campo de la salud, para que como elementos multiplicadores hagan más extensiva y efectiva la acción de la Iglesia (DP 125-126).

Constatamos con pena que en el Documento final de Puebla no fuera asumida en la «opción preferencial por los pobres» la situación de los enfermos, cuando el documento de consulta a las Conferencias Episcopales (México 1978 —conocido como Libro Verde—) afir-

maba de forma expresa: «Es conveniente dar un sentido más amplio al *pobre*». A quien carece o es débil en cualquier otra dimensión de la existencia: *el enfermo*, el que está en situación de soledad. Así Pablo VI habla de los *nuevos pobres*, los minusválidos, los inadaptados, los ancianos...» (O. Adv. 15) Cf. Documento Consulta, 651.

El documento prefiere el genérico «opción preferencial y solidaria por los pobres» entre los que sólo se enumeran: los que carecen de bienes materiales, de participación social y política, los indígenas, campesinos, obreros, marginados de la ciudad y la mujer (Cf. DP 1134 y 1135).

En la enumeración de los diversos rostros que toma la pobreza, también están ausentes los enfermos (Cf. DP 31 a 39).

Solamente y de forma genérica se habla de situación inhumana que se manifiesta en problemas de salud (DP 29) y violación de derechos fundamentales: vida-salud (DP 41).

Esta insensibilidad de la Iglesia frente a los enfermos, lugar prominente y privilegiado de evangelización, los constituye entre los más pobres, por lo que nuestro compromiso junto a ellos tiene que urgirnos con más fuerza: somos su voz y denunciemos el derecho que tienen a ser evangelizados (DP 1137).

Llenos de esperanzada confianza proclamamos que ellos son «la riqueza y esperanza de la Iglesia» y que su evangelización tiene que ser prioritaria en todos los planes pastorales de las Iglesias (DP 1132).

Conscientes de que el mejor servicio al enfermo es su evangelización que lo dispone a realizarse como hijo de Dios, lo libera de las injusticias y lo promueve integralmente (DP 1145), queremos aportar con estas líneas la fuerza que se contiene en el documento final de Puebla, a pesar de la no referencia a los enfermos, para llevar a cabo la pastoral de salud.

Invitamos a cuantos trabajan en Pastoral de Salud, a que realicen una *relectura* del Documento de Puebla, sustituyendo la palabra *pobres* por *enfermos*. Su sorpresa será estimulante y les abrirá importantes caminos e iniciativas. Si la Iglesia entera, incluyera de forma explícita a los enfermos entre los pobres, al optar en los diversos planes pastorales, también su eficiencia evangelizadora sería notoria. Confiamos que así se vaya haciendo y en este sentido ofrecemos la siguiente reflexión.

## PUNTO DE PARTIDA

Nuestra tarea pastoral en el campo de la salud por ser una participación en la evangelización de la Iglesia debe caracterizarse por las dos exigencias que nos proponía Pablo VI en la *Evangelii Nuntiandi*: que no sea un *acto individual y aislado* sino como presencia de la Iglesia y en su nombre, lo que nos llevará a incentivar nuestras motivaciones y la responsabilidad, que dará creatividad a todo lo que realicemos. La segunda convicción es la exigencia que recuerda al agente evangelizador que no es *dueño* de la misión para actuar con «criterios y perspectivas individualistas, sino en comunión con la Iglesia y sus Pastores» (EN 60).

La acción de servicio que realizamos en favor de los enfermos, como parte integrante de nuestra misión evangelizadora, «suple en la medida de nuestras posibilidades las lagunas y ausencias de los poderes públicos y de las organizaciones sociales» (DP 1286) que son los originales responsables de la atención a la salud a la que toda persona tiene derecho. Esto nos hará tener siempre presente la necesidad de que todo en nuestras obras y trabajos lleve la carga significativa de evangelización, no pudiéndonos contentar con un puro quehacer temporal.

Ante el hombre enfermo, ante los problemas de salud, nos comprometemos desde la fe, para ser testigos de Jesús que sigue pasando haciendo el bien (Hech. 10, 38) por nosotros. Esta *visión de fe*, nos hace descubrir los valores, logros y esperanzas, las frustraciones y angustias que acontecen en este campo para colaborar a que los enfermos pasen de situaciones menos humanas a más humanas y lograr el que los derechos que tienen se les reconozcan (Cf. DP 15-90 y 92).

Porque actuamos desde la fe mantenemos una actitud de «discernimiento constante» para que la afirmación general de que la Iglesia es *evangelizada mientras evangeliza* (EN 13), nos lleve a descubrir los valores evangélicos de que son portadores los enfermos en su condición de partícipes de «ser pobres»: «solidaridad, servicio, sencillez y disponibilidad» (DP 1147) paciencia, confianza, agradecimiento, etc.

Nuestro trabajo pastoral está orientado a que conviertan sus dolores, expresión del sufrimiento de tantos hermanos, con espíritu pascual, en fuente de solidaridad y en hombres que asumen su propia responsabilidad para transformarse desde la *praxis* de Jesús (Cf. DP 279-1130-1145 y 1153), de la que nosotros tratamos de ser manifestación.

Los valores evangélicos de Comunión y Participación nos llevarán a una búsqueda constante de los mejores medios para realizar nuestra misión y a motivar la corresponsabilidad de todos los cristianos que trabajan en salud.

## METODO

Nuestro servicio, precisamente porque quiere ser un buen servicio, debe partir de un conocimiento de las

necesidades reales de los enfermos y realizado bien. Esto nos llevará a evitar métodos inadaptados a sus circunstancias concretas (DP 117) y actitudes paternalistas como el que da desde fuera o en situación de privilegio (DP 143).

*Conocer la realidad, logros y fracasos.* Situación social Latinoamericana. Esto significa también una actualización constante sobre la sicología del enfermo, su asunción del «estar enfermo», las implicaciones sociales que le significan, su dimensión y vivencias religiosas, etc. Por otro lado, implicará una «adaptación dinámica, atractiva y convincente del Mensaje» a los enfermos en su hoy y circunstancias (DP 85).

*Interpretar su realidad.* Tarea que tiene que llevar a cabo el propio paciente, en la que nosotros somos colaboradores, y recordando que el ritmo de comprensión del «misterio del enfermar» tiene un proceso que escapa nuestras comunes medidas.

*Comprenderla.* Lo que implica una gran capacidad de escucha y sensibilidad que guiada por la disposición empática, motivará un esfuerzo constante para que pueda realizarse «un trasvasamiento del mensaje evangélico al lenguaje antropológico y a los símbolos de la cultura en la que se inserta» (DP 404), es decir la condición concreta de cada enfermo. Sería la exigencia de *inculturización* en el mundo de los enfermos, que rompe la rutina de respuestas y soluciones.

*Iluminarla.* Nuestro trabajo va ordenado a entregar la oportunidad de que alcancen los enfermos un «sentido nuevo» asumido como conversión personal y que las mismas estructuras de salud sean sometidas a cambios profundos que las hagan servir de la forma más efectiva (DP 16 y 30). No tratamos sólo de que el enfermo se sienta mejor de manera superficial y externa, sino que la verdad de Cristo se haga «más carne» en su propia vida (DP 303).

## REALIDAD DE AMERICA LATINA

Desde el análisis de la realidad que nos ofrece el Documento de Puebla, descubrimos el medio ambiente en que viven y de donde provienen los enfermos.

*Continente pobre.* Bastará para constatarlo las afirmaciones repetidas del Documento: «La inmensa mayoría de nuestros hermanos siguen viviendo en situación de pobreza y aun de miseria que se ha agravado». «El lujo de unos pocos se convierte en insulto contra la miseria de las grandes masas» (DP 28, 31, 90, 138, 148, 1049, 1135, 1154 y 1156).

La incidencia de esta «situación de pecado» sobre la salud se manifiesta en:

- Hambres y enfermedades crónicas (DP 26).
- Mortalidad infantil y problemas de salud (DP 29).
- Rostros de niños golpeados por la pobreza desde antes de nacer (DP 32, 318).
- Rostros de ancianos marginados (DP 39 y 318).
- Drogadicción y alcoholismo (DP 58).

Esto nos llevará a esforzarnos por incidir en nuestra actuación en las raíces que motivan esta situación y sus consecuencias. No será suficiente que atendamos las necesidades de los enfermos, si no iluminamos y ayudamos a superar su origen y causas.

*Violación de los derechos humanos* (DP 40 a 50, 92, 146, 308 a 315, 1094). A pesar del clamor mundial sobre el respeto a la dignidad humana, el derecho fundamental a la salud (DP 41) entendido en la amplitud con que lo considera la Organización Mundial de la Salud, se ve violado de forma constante.

La carencia de asistencia médica, deficiencias en la prevención y limitaciones hasta en los medios de hospitalización, no pueden justificarse sólo como una consecuencia del armamentismo que absorbe la mayor parte del presupuesto de las naciones; se debe primordialmente a la insensibilidad para promover el derecho fundamental que por otra parte todos los gobiernos proclaman defender (N.º 25. Declaración Universal de los Derechos Humanos) (Cf. DP 1261-1272).

*Nuevo mestizaje.* América latina es el resultado de la confluencia de culturas y razas que le dan una idiosincrasia característica con sus valores, logros y contravalores (DP 51, 56, 57, 58 y 69).

Para nuestro servicio pastoral surge la exigencia de conocer la escala de valores que motivan y orientan la vida de nuestros enfermos.

No podemos presuponer el resultado de un pueblo asemejándolo a nuestra manera de pensar. Nuestro servicio para que sea efectivo nos hará estar atentos a los resultados de su propia historia y cómo han sido asumidos por las personas concretas.

Esto se hace más indispensable para los agentes evangelizadores que provenimos de otras culturas.

La incidencia de este mestizaje en el comportamiento religioso y moral nos causará más de una sorpresa al constatar cómo asumen e interpretan las personas enfermas su situación.

El paso de un pueblo rural hacia una configuración urbana (DP 71 y 127) conlleva a que al concentrarse los recursos de salud con sus limitaciones en las ciudades, quedan marginados aún más los grupos que permanezcan en el campo o en reducciones indígenas.

El anhelo de libertad del pueblo americano para ser él mismo nos tiene que encontrar a nosotros como eficaces colaboradores en el logro de este derecho fundamental.

*Continente cristiano.* La identidad religiosa como expresión mayoritaria de latinoamérica la hace un «lugar privilegiado para la evangelización» (DP 109) y la constituye en «continente de la esperanza» (DP 10).

El sincretismo de la religiosidad original y de las formas cristianas ha originado una manifestación mayoritaria de la fe a través de la «religiosidad popular» (DP 444 a 469).

Cuando la enfermedad los visita habrá un recurso a estas vivencias como súplica a Dios o intercediendo el favor de los santos, buscando justificar este aconteci-

miento en una relación directa enfermedad-pecado o enfermedad-maleficio.

La Iglesia, a pesar de sus tensiones (DP 102-122) se presenta llena de iniciativas y formas creativas, donde la vida religiosa (DP 120, 722, 733 y 755), las Comunidades eclesiales de Base (DP 96 a 100, 111 y 156) y la activa participación de los laicos (DP 125-126 y 1154) hace que esté toda preocupada por las exigencias de la evangelización.

Importa destacar la deficiencia en la evangelización de los ancianos y enfermos (DP 987), por lo que nuestro compromiso será mayor no sólo para llegar a «nuestros enfermos», sino para animar y motivar la presencia de la Iglesia en este campo.

### PASTORAL DE SALUD COMO TAREA EVANGELIZADORA

Frente a la realidad de Latinoamérica, hay una urgencia de entregarles a los enfermos lo específico cristiano: «el misterio de Jesús de Nazaret» (DP 181), «la buena nueva de Cristo» (DP 164).

Pretendemos, «penetrar en el corazón del hombre, en sus experiencias y modelos de vida, en su cultura y ambiente, para hacer una nueva humanidad con hombres nuevos y encaminar a todos a una nueva manera de ser, juzgar, vivir y convivir» (DP 350), tratando de iluminar su vida y situación en sus valores fundamentales (DP 388).

### CONTENIDO DE LA PASTORAL DE SALUD

Desde las indicaciones presentadas por el Papa Juan Pablo II en el Discurso inaugural de la III Conferencia del CELAM en Puebla (28 enero de 1979) el contenido de nuestra tarea evangelizadora nos lleva a entregar *la verdad sobre Cristo* y su relación con *la verdad del hombre y la Iglesia*.

#### *La verdad sobre Cristo*

Nuestra entrega de esta verdad debe ser clara proclamación de Jesucristo que a la vez debe ser explícita (DP 224 y 351); ya que ha motivado en nosotros una *praxis* de acuerdo a la de Cristo (DP 279) y es capaz de transformar su realidad de hombre enfermo, ofreciendo un nuevo sentido a su vida que le da posibilidad de renacer como «hombre nuevo» (DP 191).

Jesucristo no es alguien ajeno a los sufrimientos y limitaciones del enfermo, ha asumido el dolor, se ha identificado con los que sufren y en su resurrección ofrece la verdadera liberación (DP 190, 192, 194, 195 y 196).

Nosotros somos sus testigos y ofrecemos la credibilidad en nuestra propia experiencia motivada por la fidelidad a Cristo.

## *Liberación del hombre integral*

Porque nos importa el hombre en su integridad, al servirlo en su enfermedad, le ofrecemos la posibilidad de encuentro con la salvación que es «liberación de lo que oprime al hombre, pero sobre todo liberación del pecado y del maligno, dentro de la alegría de conocer a Dios y de ser conocido por El, de verlo y de entregarse a El» (EN 9).

Nuestra *verdad sobre el hombre* asume el compromiso de defensa de sus derechos como enfermo y de mostrarle la dimensión trascendente que al ser asumida le posibilita su realización plena. Negar esta dimensión u oscurecerla en nuestro servicio, significaría no haber descubierto que el hombre es un ser «único, irrepetible y en integridad total» (DP 475 y 252).

Si la preocupación por la persona enferma, estuviera cerrada a las exclusivas atenciones médicas sin abarcar a toda la persona en sus necesidades, sería una mutilación que nos sería imputable.

La meta de nuestro trabajo pastoral está en ayudar al enfermo a que desde su real situación pueda confesar con gozo el misterio por el que se reconoce «eternamente ideado y eternamente elegido en Jesucristo» (DP 184).

Descubrirán así lo más propio del mensaje cristiano sobre la dignidad humana, que consiste «en *ser más* y no en *tener más*» (DP 339). Sus limitaciones sean temporales o crónicas serán reinterpretadas bajo la verdad de Jesús y su propia verdad de hombres, superando el ambiente «utilitarista y consumista» que los lleva a considerarse como inservibles, inútiles y molestos.

## *Como miembros de la Iglesia*

Si advertíamos al comienzo que la evangelización de los enfermos formaba parte de una actividad eclesial, señalamos ahora qué implicaciones tiene la *proclamación de la verdad sobre la Iglesia* en los agentes de pastoral como fundamento de nuestro quehacer y en los enfermos como invitación que es consecuente con la aceptación de Jesús como Maestro y Señor.

La Iglesia nos envía y en su nombre, como miembros de ella, nos hacemos *presentes junto a los enfermos* para hacer visible la fidelidad al mandato de Jesús (Mt. 10).

Pero como la Iglesia es *evangelizadora que se evangeliza* en el desarrollo de su misma misión, nuestro compromiso eclesial nos hace ser *animadores* que como profetas de la presencia cristiana junto a los enfermos, *anunciamos* en formas concretas esta realización, pero también *denunciamos* la insensibilidad de los Pastores o comunidades frente a este mandato del Señor.

Para los religiosos que trabajamos en el campo de la salud este compromiso eclesial hoy es urgente si tenemos en cuenta que los mismos pastores han reconocido las deficiencias en este campo (DP 987) y la ausencia y limitaciones junto a los enfermos que resultan a veces escandalosas.

El haber conocido a Cristo por la fe implica el que se compartan sus exigencias junto a los hermanos que respondieron de forma positiva a este don. La dimensión eclesial de la fe se expresa por la *comunidad* con los creyentes y por la *participación* en la misión de la Iglesia.

La realidad misteriosa de la Iglesia constituida por la familia de los hermanos que comparten sus dones, hace que los sanos sean apoyo de los débiles y limitados, porque la presencia del Espíritu anima y motiva a todos los miembros (DP 243).

Porque somos piedras vivas de la Iglesia no solamente los bautizados se constituyen en «más hijos de Dios, sino más hermanos en la Iglesia, más responsablemente misioneros para extender el reino» (DP 459).

La debilidad de la persona enferma se hace fuerza por el Espíritu (DP 266) que sin huir de su situación concreta, ha aprendido a adorar la voluntad del Padre en el silencio de la oración a pesar del dolor y renuncia que le implica (DP 251).

Este descubrimiento eclesial supone comprometerse desde su propio potencial evangélico: sensibilidad, disponibilidad, sencillez, solidaridad (DP 1147) para que su pertenencia les lleve a ser «hombres capaces de hacer historia» (DP 274) por su «capacidad de sufrimiento y heroísmo para sobrellevar las pruebas y confesar la fe» (DP 454), evitando actitudes pasivas (DP 275).

Su «responsabilidad misionera para extender el reino» les hará ser efectivos cooperadores en el proceso liberador de todos los enfermos y pueblo latinoamericano, «asumiendo su dolor al de Cristo, fuente de vida pas-cual» (DP 278 y 279).

La dimensión eclesial será uno de los fundamentos de la exigencia que se impone a los enfermos de ser «evangelizadores de los mismos enfermos».

## *PROCESO DE LA PASTORAL DE SALUD*

### *Mostrar nuestra experiencia de Dios-Padre*

Experiencia de Dios-Padre que haga significativamente fuerte nuestra acción e interrogue mostrando caminos y luces a quien sufre.

La confianza, la paz, el optimismo, la esperanza, la alegría, etc., serán expresiones constantes que deberán hablarle al enfermo con más fuerza e intensidad que el mismo anuncio explícito que le hagamos de Dios.

No nos anunciamos a nosotros mismos, damos testimonio del Espíritu de que somos portadores y que nos da la seguridad de que Dios es nuestro Padre (Gál. 4, 6-7).

Esta misma experiencia nos llevará a descubrir la raíz más profunda de nuestro servicio evangélico al enfermo, cuya imagen de filiación divina y de fraternidad será fuente que nos sostenga en las dificultades que puedan surgirnos al realizar la misión.

Por otra parte, nuestra personal experiencia de Dios, nos motivará el proceso adecuado en el diálogo pastoral

para acompañar a cada enfermo a que descubra en sí mismo, a pesar de su dolor y enfermedad, el mismo Espíritu que le testifique ser un hijo de Dios que le ilumine su situación.

Dios Padre que es autor de la vida, nos hace ser testigos de esta vida, recreando por el Espíritu, todo lo negativo, oscuro y doloroso que pueda ser signo de muerte.

#### *Suscitar la fe, motivar la conversión*

El Vaticano II en la Constitución de Sagrada Liturgia ha expresado el proceso y finalidad de los trabajos apostólicos, orientados a suscitar la fe en quienes son evangelizados (SC 10).

La experiencia de Dios encarnada en los agentes de evangelización y la buena nueva entregada como «Palabra de vida» (DP 357 y 358), engendra la fe que se manifiesta en la adhesión a Jesucristo y la *metanoia* como conversión, que lleva a un proceso del logro de la propia identidad, con las rupturas y transformaciones precisas.

La palabra de Dios ilumina su situación humana concreta y lo que acontece en su vida para que pueda descubrir en ella la presencia o la ausencia de Dios (DP 997).

Esta experiencia de fe y la aceptación de Jesús como Señor, llevará al enfermo a gozar ya de la alegría de sentirse amado por Dios, participando de la liberación integral (Cf. EN 9) de sus propios pecados y de sus consecuencias.

Se sentirá en su dolor participando de la fuerza liberadora que nace de la muerte de Jesucristo (1 Cor. 4, 10). La fe crecerá por el conocimiento de la Palabra de Dios y la celebración de esta misma fe en los Sacramentos (DP 999).

Llevando en su cuerpo el dolor, la limitación y la enfermedad, sabrá transformarlos por la fe en «lugares privilegiados» que testificarán ante los demás hombres la fuerza de aquél en quien se ha confiado.

#### *Incorporar a la Iglesia*

El trabajo apostólico que ha suscitado la fe, «conduce al ingreso en la comunidad de los fieles que perseveran en la oración, en la convivencia fraterna y celebran la fe y los sacramentos de la fe, cuya cumbre es la Eucaristía» (DP 359).

Todo evangelizador debe estar convencido que actúa en nombre de la Iglesia por quien ha sido enviado y a la que debe fidelidad (DP 995), y su misma *praxis* debe tener esta dimensión eclesial.

Los enfermos se incorporan a la Iglesia y en su vivencia concreta del sufrimiento son signos fuertes para toda la comunidad del poder transformante de Cristo. Al ponerse en las manos de Dios, alabarle y bendecirlo, le ofrecen el culto más agradable y son para toda la Iglesia estímulo de fidelidad y confianza. Si la oración de la Iglesia «salva al enfermo» (Stgo. 5, 15), los enfermos orantes, construyen y sostienen la Iglesia. Esta dimen-

sión de *comunión* que es básica en el Documento de Puebla, hace que lo más débil se constituya en el elemento más fuerte para la edificación de la misma Iglesia.

#### *Comprometer y sentirse enviados*

Nadie puede sentirse ajeno a la tarea evangelizadora y nadie puede considerarse como miembro pasivo que sólo tiene capacidad de recibir.

La evangelización de los enfermos debe atender especialmente este aspecto.

El enfermo es tratado, y a veces él mismo recibe su circunstancia, como *paciente*. Acoge todo lo que se le ofrece. La tentación de fatalidad puede justificarla por su incapacidad de hacer las cosas de siempre, su falta de fuerzas y las limitaciones que se le imponen.

Por ser *paciente* y para que lo sea bueno, debe limitarse a obedecer las indicaciones y a causar las mínimas molestias.

No puede pedir, sugerir, intentar y pretender nada por propia iniciativa. Estos aspectos que descubrimos negativos, le ofrecen una mayor comodidad porque le posibilitan el regreso a un estado infantil de dependencia.

A la situación psicológica del enfermo en dependencia se une la forma concreta de vivir en cristiano, falta de compromiso y casi siempre de forma pasiva. Somos conscientes de lo que falta para que como creyentes asuman una participación activa, consciente y responsable en la Iglesia.

Por esto la meta de nuestra evangelización está en que «quienes recibieron el Evangelio se sientan enviados a predicar la Buena Nueva a los pobres y a buscar y salvar lo que estaba perdido» (DP 360 y 361).

El enfermo al ser evangelizado debe «comprometerse y sentirse enviado» para que todos los enfermos reciban esta Buena Noticia.

En nadie puede descargar esta responsabilidad evangelizadora. El enfermo se constituye en evangelizador primordial de quienes como él viven esta circunstancia.

Su propia experiencia de vida de enfermo, hará que las palabras de fe compartidas tengan una fuerza y convicción mayores.

La verdad de Cristo que ha iluminado su vida, se hace presente ante el hombre enfermo, entregándole su propia verdad y la única que le hará libre. El lenguaje, la oportunidad, la insistencia, etc., son mil matices que tantas veces condicionan la acción evangelizadora del sano frente al enfermo. Cuando es el mismo enfermo el agente evangelizador que ha asumido de forma dinámica la fe y se siente enviado a compartirla con los demás enfermos, la acción del Espíritu se ve facilitada.

#### *DESTINATARIOS DE LA PASTORAL DE SALUD*

La evangelización ha de extenderse a todos los enfermos y su dinámica tiene que buscar el lugar donde ellos

se encuentren, haciendo opción preferencial por los más olvidados y desatendidos.

«Evangelizados por el Señor en su Espíritu, nos sentimos enviados para llevar la Buena Nueva a todos los hermanos, especialmente a los pobres y olvidados» (DP 164).

### *Los enfermos*

Estén en el Hospital o en sus domicilios, en Centros de Salud o Casas de Reposo, la pastoral de salud, tiende a compartir con ellos su tarea evangelizadora. Variarán los métodos de acuerdo a las circunstancias, pero siempre el enfermo será lugar privilegiado de nuestro compromiso como comunidad cristiana.

Lamentamos que a pesar de encontrarse los enfermos verdaderamente en «situación particularmente difícil y cuya evangelización es urgente» haya quedado una vez más postergada en el Documento de Puebla, a no ser que los añadamos al etcétera del número 367.

No tenemos conciencia eclesial de que los enfermos se encuentran en la «situación más necesitada de evangelización» (DP 365) y esto nos corresponde sobre todo a nosotros el urgir esta sensibilización y compromiso.

### *Estructuras políticas de salud*

El enfermo no se constituye en algo aislado. Su propia enfermedad conlleva un contorno de personas y estructuras que deben ser tenidas en cuenta en la evangelización.

Por exigencia evangélica promovemos y defendemos los derechos del enfermo a ser atendido y rehabilitado, y de todos los hombres a una prevención que limita los riesgos de enfermedad (DP 706; Cf. 1261 y 1272).

Si el mejor servicio al hermano es la evangelización (DP 1145), es de «suma importancia que este servicio al hermano vaya en la línea que nos marca el Concilio Vaticano II: «Cumplir antes que nada las exigencias de la justicia para que no reciban como ayuda de caridad lo que tienen derecho por razón de justicia» (AA 8), «suprimiendo y denunciando las causas del no reconocimiento de este derecho que tienen todos los hombres a una salud integral» (DP 1146).

La conversión suscitada en la familia de los enfermos y personal que se preocupa de ellos, facilitará toda la obra de evangelización de los mismos.

Como muchas veces la raíz de las enfermedades está en las estructuras sociales y en los «pecados colectivos», nuestra pastoral tiende a la renovación cristiana de estas estructuras que implican liberación de la enfermedad y adecuada atención de la misma (DP 1232).

«Si la Iglesia se hace presente en la defensa o en la promoción de la dignidad del hombre, lo hace en la línea de su misión, que aun siendo de carácter religioso y no social o político, no puede menos de considerar al hombre en la integridad de su ser. El Señor delineó en la parábola del Buen Samaritano el modelo de la atención a todas las necesidades humanas (Lc. 10, 29 ss.), y declaró que en último término se identificará

con los desheredados —enfermos, encarcelados, hambrientos, solitarios— a quienes se haya tendido la mano (Mt. 25, 31 ss.). La Iglesia ha aprendido en estas y otras páginas del Evangelio (Cfr. Mc. 6, 35-44) que su misión evangelizadora tiene como parte indispensable la acción por la justicia y las tareas de promoción del hombre (Cfr. Documento final del Sínodo de los Obispos, octubre de 1971), y que entre evangelización y promoción humana hay lazos muy fuertes de orden antropológico, teológico y de caridad» (Cfr. EN 31) (Juan Pablo II, Discurso inaugural III, 2) (DP 1254, Nota).

Para esta tarea el papel de los laicos cristianos que trabajan en el campo de la salud es imprescindible. Su responsabilidad específica en la construcción de la sociedad temporal, los llevará a denunciar preferencias armamentistas o realizaciones políticas que no se orientan al bien común e imposibilitan la atención del derecho que todos tenemos a la salud.

### *Comunidad eclesial*

Nos duelen tanto las ausencias de la comunidad cristiana junto a los enfermos y su insensibilidad, que creemos debe tenerse como primera opción en la Pastoral de salud, «formar una comunidad eclesial más viva y comprometida en la evangelización de los enfermos para que ésta tenga vigor y alcance mayor extensión» (DP 364). En las diversas formas de presencia de la Iglesia (CEB, Grupos Juveniles, etc.) encontraremos riquezas del espíritu que potenciarán nuestro trabajo pastoral con los enfermos. Por la sensibilización y el compromiso de la comunidad eclesial surgirán agentes más decididos para evangelizar a los enfermos.

## *AGENTES DE LA PASTORAL DE SALUD*

### *La Iglesia entera*

Los signos elegidos por Cristo siguen siendo imprescindibles para la Iglesia en la Evangelización. El compromiso en esta tarea con los enfermos abarca a toda la Iglesia.

«La misión evangelizadora es de todo el Pueblo de Dios. Es su vocación primordial, 'su identidad más profunda' (EN 14). Es su gozo. El Pueblo de Dios con todos sus miembros, instituciones y planes, existe para evangelizar» (DP 348).

Los Obispos, los presbíteros, los religiosos y los laicos, deben cooperar de forma activa para que dentro de la Pastoral de Conjunto la solicitud pastoral por los enfermos ocupe un lugar de preferencia.

Serán sobre todo los *Vicarios de Pastoral de Salud*, los capellanes de hospitales, los religiosos hospitalarios y los «ministros de los enfermos» quienes de forma constante junto con hacer presente a la Iglesia en la enfermedad, «animen, motiven y comprometan» a toda la Iglesia en este compromiso evangelizador.

Ellos deberán esforzarse por multiplicar los agentes

de pastoral en la salud especialmente entre los laicos (DP 153-154 y 155), subsanando la actual deficiencia (DP 1002 y 1234).

#### *Los mismos enfermos*

Lo hemos repetido ya más arriba, los enfermos cristianos expresan su vivencia de fe en el compromiso evangelizador para los otros enfermos.

Los enfermos, por su propia situación, son los agentes específicos capaces de llegar de una forma más directa y eficaz a quienes se encuentran en la misma condición.

Deben ser educados en la fe con tal espíritu misionero que sean «capaces de colaborar para que cada uno de los que sufren forje la historia de su vida según la praxis de Jesús» (DP 278), para que así el dolor sea liberado al asumirlo a la Cruz de Cristo y convertido en fuente de vida pascual (Cf. DP 274, 275, 278 y 279) no sólo para ellos, sino para todos los hombres.

Desde su misma limitación sabrán descubrir la acción del Espíritu, presente de una manera especial en sus hermanos enfermos, signo privilegiado de la presencia de Cristo (Mt. 25) y «potencial de valores» imprescindibles para la evangelización (Cf. DP 1147).

En los enfermos cristianos se realiza sobre todo la palabra de Jesús: «los pobres, los enfermos, son evangelizados» (Lc. 4, 18-19), pero a la vez, la actualización de esta misma palabra, está dependiendo de su acogida y respuesta misionera que se haga extensiva cada vez más a todos los que sufren (Cf. Lc. 4, 21: «Hoy se cumple esta escritura que acaban de escuchar»).

Tiene que ser un testimonio atractivo del «hombre que lucha, sufre y a veces desespera, pero no desanimándose jamás, y viviendo sobre todo el sentido de su filiación divina» (Mensaje a los Pueblos de América, Puebla 3).

Es testigo también del valor del sufrimiento y de la cruz, porque trae consigo la fuerza insuperable del Misterio Pascual.

El amor vivido en esta plenitud se hace en los enfermos urgencia de comunión e inspira los modos de participación creativa en la obra de Cristo (Cf. Mensaje... 8).

#### **CRITERIOS Y SIGNOS QUE DEFINEN LA EVANGELIZACION DE LOS ENFERMOS**

Señalamos aquellos que consideramos específicos:

##### *Gozo y audacia en los evangelizadores (DP 346)*

El anhelo profundo y la necesidad de Dios que tienen los hombres latinoamericanos, se acentúa sobre todo en los momentos de dolor y enfermedad.

El gozo como fruto del Espíritu tiene que alentar y dar coraje a los evangelizadores de los enfermos. Realizan una tarea imprescindible y primordial de la Iglesia (EN 80).

Ninguna dificultad puede obstaculizar su osadía y audacia para que los enfermos reciban la Buena Nueva de Cristo.

Es una «tarea ardua y dramática que exige auténtico heroísmo» (DP 281), sobre todo para estrenar cada día la *praxis* y palabras adecuadas que sean ruptura de formas rutinarias y expresen la vida de Cristo.

##### *Santidad del evangelizador:*

##### *Paciencia activa y fidelidad (DP 385 y 384)*

Las notas de esta santidad se manifiestan sobre todo en la comprensión, el respeto, acogida, discernimiento y actitud caritativa que sabe ingeniárselas para suscitar la fe.

Es lo que denominamos *paciencia activa*: saber esperar el momento de Dios y el tiempo de la Gracia.

El servidor del Evangelio a los enfermos tiene que ser fiel. *La fidelidad* le llevará a dejarse iluminar por la Palabra de Dios, «alma de la evangelización» (DP 372) y porque esta Palabra de verdad, llegue al corazón de los que sufren y se vuelva vida (DP 380). El Papa Juan Pablo II ha explicitado en una de sus homilías en México el sentido y la amplitud de la fidelidad en los agentes de evangelización. Comprende una actitud de *búsqueda* ardiente, paciente y generosa del querer del Señor; una *acogida* de los otros, aceptando sus limitaciones y ritmos de respuestas, una *coherencia* entre lo anunciado y la propia vida, y finalmente *constancia* en todas las dificultades.

La medida no son los resultados esperados o un tiempo, es toda la vida que se compromete por la fidelidad.

Testigo de Cristo, transformado por el Espíritu, actúa siempre bajo su dinamismo (DP 1294 a 1296) y va construyendo la comunidad eclesial (DP 373, 374, 378, 381 y 384).

##### *Amor preferencial por los enfermos más olvidados (DP 382)*

Siguiendo el dinamismo de Cristo, sabe descubrir la mayor ausencia de Dios en los enfermos que los hace especialmente pobres y por tanto privilegiados en su tarea como evangelizador.

Acercándonos al enfermo más abandonado y despreciado para acompañarlo y servirlo, hacemos lo que Cristo nos enseñó (DP 1145).

No bastará por tanto entregar la vida al servicio de los enfermos, cuando las circunstancias nos están pidiendo una opción preferencial por los que están más necesitados y olvidados, marginados por su dolor, por su falta de atención y por sus carencias religiosas.

Como el mismo Señor, quiere «hablar al corazón de los enfermos, librarlos del pecado, abrir sus ojos a un horizonte de luz y colmarlos de alegría y esperanza» (DP 1153).

ANGEL PERULAN, O. H.

Bogotá. Colombia

# Juan Pablo II y los enfermos

*Por todos los caminos*

## LOS ENFERMOS SALEN AL ENCUENTRO DE JUAN PABLO II

### POLONIA

#### EN JASNA GORA

En el santuario de Jasna Góra, Juan Pablo II se reunió con un grupo de enfermos y les dirigió el siguiente discurso:

No podían faltar, durante esta mi peregrinación en Polonia, unas palabras dirigidas a los enfermos, que están tan cerca de mi corazón. Sé, queridos míos, que frecuentemente, en las cartas dirigidas a mí, afirmáis que ofrecéis por mis intenciones esa gran cruz de la enfermedad y del sufrimiento, que la ofrecéis por mi misión papal. Que el Señor os lo pague.

Durante el *Angelus Domini*, cada vez que lo repito —mañana, mediodía y al atardecer— siento, queridísimos connacionales, vuestra particular cercanía. Me uno espiritualmente con todos. Y en modo especial renuevo esta unión espiritual que me unè a todo hombre que sufre, a todos los enfermos, a todos cuantos yacen en el lecho de un hospital, a todos los inválidos obligados a utilizar una silla de ruedas, a todos los hombres que, en cualquier modo, han encontrado su cruz.

Pido para vosotros la gracia de la luz y de la fuerza espiritual en el sufrimiento, para que no perdáis el valor, sino que descubráis individualmente el sentido del sufrimiento y podáis con la oración y el sacrificio, aliviar a los demás. No os olvidéis tampoco de mí y de toda la Iglesia, de toda la causa del Evangelio y de la paz, que sirvo por voluntad de Cristo. Sed vosotros, débiles y humanamente inhábiles, manantial de fuerza para vuestro hermano y Padre

que está junto a vosotros con la plegaria y el corazón.

«He aquí a la sierva del Señor. Hágase en mí según tu palabra» (Lc 1, 38).

Esta frase, que María pronuncia por medio de tantos labios humanos, sea para vosotros luz en vuestro camino.

¡Que Dios os premie, queridos hermanos y hermanas! Y premie también a quienes cuidan de vosotros. Mediante cualquier manifestación de estas solicitudes, el Verbo se hace carne (cf. Jn 1, 14). Cristo dijo, en efecto: «Cuantas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40).

NOTA. Uno de los jóvenes leyó una conmovedora poesía dedicada al Papa, agradeciéndole su viaje a Polonia. Se daba la circunstancia especial de que la poesía ha sido compuesta por un muchacho enfermo que hubo de dictarla, ya que la enfermedad le impide escribir personalmente.

17-VI-79

### IRLANDA

#### SENTIDO Y VALOR DEL SUFRIMIENTO

El santuario de la Virgen ha sido la meta principal de la peregrinación de Juan Pablo II a Irlanda. A primeras horas de la tarde del día 30 de septiembre el Santo Padre dejó Galway y se dirigió en helicóptero a Knock, localidad situada a 50 kilómetros más al norte. Aterrizó a las 15.58. El primado de Irlanda, cardenal O'Fiaich, le dio la bienvenida. Entre los numerosos carde-

nales que le esperaban se hallaban: el arzobispo de Westminster, George Basil Hume, o.s.b.; el de Cracovia, Franciszek Macharski; y el de Utrech, Johannes Willebrands. Juan Pablo II entró primeramente al santuario mariano donde le esperaban unos 2500 enfermos y les dedicó el siguiente discurso:

Queridos hermanos y hermanas:

En los Evangelios son frecuentes las referencias al particular amor e interés de nuestro Señor por los enfermos y por todos los que sufren. Jesús amó a los que sufren, y esta actitud suya ha pasado a su Iglesia. Amar a los enfermos es lo que la Iglesia ha aprendido de Cristo.

Me siento feliz de encontrarme hoy junto con los enfermos y con los minusválidos. He venido para dar testimonio del amor de Cristo por vosotros y para deciros que también la Iglesia y el Papa os aman. Sienten por vosotros respeto y estima. Están convencidos de que hay algo verdaderamente especial en vuestra misión en la Iglesia.

Con sus sufrimientos y su muerte Jesús tomó sobre sí todo el sufrimiento humano, confiriéndole un valor nuevo. De hecho, El llama a todo enfermo, a toda persona que sufre para colaborar con El en la salvación del mundo. Por esto, el dolor y el sufrimiento no se soportan a solas ni en vano. Aunque resulte difícil comprender el sufrimiento, Jesús ha aclarado que este valor está vinculado a su mismo sufrimiento, a su mismo sacrificio. En otras palabras, con vuestros sufrimientos vosotros ayudáis a Jesús en su obra de salvación. Es difícil expresar con precisión esta gran verdad, pero san Pablo la explica así: «suplo en mi carne lo que falta a las tribu-

laciones de Cristo por su cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24).

Vuestra llamada al sufrimiento requiere una fe firmes y paciencia. Sí, esto quiere decir que estáis llamados al amor con una intensidad particular. Pero recordad que la Santísima Madre de Dios está junto a vosotros, como estaba junto a Jesús al pie de la cruz, y nunca os dejará solos.

7-X-79

## USA

### SUFRIR CON CRISTO

Después de celebrar la Misa para la comunidad polaca de Chicago, el día 5 de octubre, Juan Pablo II tuvo un encuentro con los enfermos en el seminario de *Quigley South* y pronunció este breve discurso:

#### *El dolor, fuente de salvación*

Queridos hermanos y hermanas:

He deseado dirigir un cordial saludo a todos los enfermos, a los que están en cama y a los imposibilitados, en el nombre del Señor Jesús, que fue El mismo «varón de dolores, familiarizado con el sufrimiento» (Is 53, 3).

Me habría gustado saludaros uno por uno, bendeciros a todos individualmente y hablar con vosotros —con cada uno de vosotros personalmente— sobre Jesús, Aquel que tomó sobre Sí todo el sufrimiento humano para poder traer la salvación al mundo entero. Dios os ama como a sus hijos privilegiados. Por dos razones sois mis hermanos y hermanas de un modo muy especial: por el amor de Cristo que nos une, y particularmente porque vosotros compartís tan profundamente el misterio de la cruz y de la redención de Jesús.

#### *Completar la pasión del Redentor*

Gracias por el sufrimiento que soportáis en vuestros cuerpos y en vuestros corazones. Gracias por vuestro ejemplo de aceptación, de paciencia y de unión con el sufrimiento de Cristo. Gracias por completar «lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24).

Que la paz y la alegría del Señor Jesús estén siempre con vosotros.

## ITALIA

### EN POMPEYA

#### *Fe y esperanza*

¡Carísimos hermanos y hermanas!

Bien sabéis vosotros que el Papa, a imitación de Jesús, de quien es Vicario en la tierra, tiene predilección por los enfermos y por los que sufren; considera esta su especial atención como uno

de los más importantes deberes de su ministerio pastoral. Por eso, he querido encontrarme con vosotros, para estrecharos en un solo vínculo de efusión paternal, hablaros de corazón a corazón, dejaros un mensaje de fe, deciros unas palabras de ánimo y esperanza.

#### *La redención se realiza concretamente a través de la cruz*

El hombre, creado por Dios y elevado por El a la sublime dignidad de hijo, lleva en sí un ansia indeleble de felicidad y siente una natural aversión a toda clase de sufrimiento. Jesús en cambio, en su obra evangelizadora, aun inclinándose sobre los enfermos y achacosos para curarlos y consolarlos, no ha suprimido precisamente el sufrimiento, sino que ha querido someterse El mismo a todo el dolor humano posible, el moral y el físico, en su pasión hasta la agonía mortal en Getsemaní (cf. Mc 14, 23), hasta el abandono del Padre en el Calvario (cf. Mt 27, 46), la larga agonía, la muerte en la cruz. Por eso, ha declarado bienaventurados a los afligidos (cf. Mt 5, 4) y a los que tienen hambre y sed de justicia. ¡La redención se efectúa concretamente a través de la cruz!

Esta actitud de Jesús revela un profundo misterio de justicia y de misericordia, que nos envuelve a todos y por el cual todo hombre está llamado a participar en la redención.

He aquí, carísimos enfermos, el primer motivo que hace más generosa y operante vuestra fe. Vosotros podéis decir, según los ejemplos del Salvador: somos el signo del futuro gozo que unirá a Dios y a sus hijos el día en que «enjugará las lágrimas de todos los rostros» (Is 25, 8); nuestro sufrimiento nos prepara a acoger el reino de Dios y nos consiente «revelar las obras de Dios» (Jn 9, 3); «la gloria de Dios y la del Hijo de Dios» (Jn 11, 4); nuestro dolor no sólo no es inútil, sino que se demuestra, a semejanza del dolor del Divino Maestro, preciosa energía de fecundidad espiritual. Nuestros sacrificios no son vanos, no está agotada nuestra existencia desde el momento en que, como cristianos, no «somos ya nosotros los que vivimos, sino que es Cristo quien vive en nosotros» (cf. Gál 2, 20); «los sufrimientos de Cristo son nuestros sufrimientos» (cf. 2 Cor 1, 5); «nuestro dolor nos configura con Cristo» (cf. Flp 3, 10), y como Jesús, «aunque era Hijo, aprendió por sus padecimientos la obediencia» (Heb 5, 8), también nosotros debemos aceptar con constante empeño la prueba por dura que sea, elevando nuestros ojos hacia Aquel que es la Cabeza de nuestra fe y que quiere, sin embargo, soportar la cruz (cf. Heb 12, 1 ss.).

Y puesto que el misterio de la redención de Cristo es, en su esencia, un

misterio de amor y de vida divina, como manifestación que es de la caridad del Padre «que tanto amó al mundo que le dio a su unigénito Hijo» (Jn 3, 16) y es, al mismo tiempo, la expresión del amor del Hijo por el Padre y por los hombres (cf. Jn 10, 11; 1 Jn 3, 16), a vosotros se os ofrece la extraordinaria ocasión de alcanzar el vértice de las posibilidades humanas: la de saber aceptar y querer soportar la enfermedad y las dificultades que la acompañan en un don sublime de amor y en un abandono total a la voluntad del Padre.

#### *La huella de Dios en el hombre*

Esta visión trascendente de valores sobrenaturales no hace olvidar los físicos y psicológicos de vuestro cuerpo. Aun afectado por la enfermedad, lleva la huella de la potencia creadora de Dios; no se ofusca en él su imagen y, por la gracia santificante que lo reaviva, es siempre el misterioso templo de Dios; más aún, por la promesa de Jesús, habita en él la Santísima Trinidad (cf. Jn 14, 23).

Sede de potencias espirituales —la inteligencia, la voluntad y el libre albedrío—, el cuerpo del hombre, aun en su inmovilidad, acompaña al alma en sus ascensiones de amor y se puede comparar a un altar preparado para el sacrificio.

#### *Los misterios dolorosos del Rosario*

Conscientes de tanta riqueza sobrenatural y de los muchos dones de Dios, elevad hacia El, carísimos enfermos, vuestro corazón, vuestro pensamiento.

Desde su santuario, la Virgen Santísima del Rosario os contempla en esta vuestra mística subida y os invita a meditar los misterios, especialmente los dolorosos, que resumen todos los momentos de la pasión y muerte de su Divino Hijo. Ella, que es la Madre de todos los hombres, lo es de manera especial de aquellos que, como vosotros, contribuyen a completar lo que falta a los sufrimientos de Cristo en pro de su Cuerpo, que es la Iglesia (cf. Cor 1, 24).

Con tales sentimientos de edificación, con mi saludo lleno de afecto paterno, tengo la satisfacción de impartiros a vosotros, a vuestras respectivas familias y a cuantos —médicos, enfermeros y colaboradores— tienen el mérito de cuidaros y asistirlos, mi propiciadora y consoladora bendición apostólica.

Octubre 79

### LA CARIDAD, COMPLEMENTO DE LA JUSTICIA

Señor Presidente y vosotros todos, participantes en el VIII Congreso de la Unión Nacional Italiana de Obras de Beneficencia y Asistencia:

### *Un signo de testimonio y credibilidad eclesial*

Un sentimiento de viva complacencia y consuelo invade mi ánimo, al encontrarme esta mañana, por vez primera, con vosotros, reunidos en Roma para discutir los importantes problemas que interesan a vuestra Asociación que, como sabemos, desde hace casi treinta años, trabaja en el campo caritativo, representando, tutelando y promoviendo las iniciativas asistenciales de todas las obras de inspiración católica que se dedican a subvenir a las necesidades de todos los ciudadanos en condiciones graves de malestar moral, material o social. Trabajo multiforme, irrenunciable, providencial el vuestro, que abraza todos los sectores de la caridad, que no tiene fronteras o tiene las limitadas y universales del sufrimiento humano. Es bien conocida la importancia, la validez y la actualidad de vuestra institución, que funciona en conexión con la Conferencia Episcopal Italiana y se vale de la colaboración de varios organismos católicos presentes en el sector de la asistencia social. Aunque la asistencia pública viene a realizar poco a poco funciones que durante siglos llevaba a cabo la caridad de la Iglesia, y a pesar de que la sociedad moderna trata de satisfacer de forma institucionalizada y orgánica ciertas exigencias de previsión y asistencia, la acción asistencial y benéfica de la Iglesia no ha perdido de ningún modo en el mundo contemporáneo su función insustituible.

La caridad será siempre necesaria como estímulo y complemento de la misma justicia; siempre será para la Iglesia el signo de su testimonio y de su credibilidad (cf. Jn 13, 35).

Estad íntimamente convencidos de la necesidad de vuestro trabajo, del derecho y del deber que os compete para desarrollarlo; tarea que vosotros querréis promover incansablemente, defendiendo su sentido, urgencia y libre ejercicio, perfeccionando sus métodos y servicios, comprometiéndos además en un esfuerzo armónico y unitario, de manera que las distintas instituciones asistenciales, sin perder la propia naturaleza y autonomía, sepan actuar con espíritu de colaboración sincera entre ellas, para facilitar así las oportunas y diligentes intervenciones de las autoridades públicas y una legislación adecuada.

### *Al servicio de la persona humana*

En estos últimos tiempos, la Iglesia ha manifestado varias veces su enseñanza propia en materia de asistencia social, también a la luz de cuanto ha

expresado el Concilio Ecuménico Vaticano II acerca de la acción caritativa de los Cristianos en el Decreto *Apostolicam actuositatem* sobre el Apostolado de los laicos. Juzgo útil llamar vuestra atención sobre algunos principios fundamentales acerca de esta enseñanza.

Ante todo, es necesario afirmar que el centro y la medida de cada uno de los sistemas de asistencia social es la persona humana, su dignidad, sus derechos y deberes; persona humana que deberá recibir de la sociedad los auxilios necesarios para su desarrollo y realización. En el plano jurídico, esta afirmación se concreta en el derecho del ciudadano a la asistencia, derecho que todo ordenamiento moderno estatal no puede menos de reconocer expresamente.

Es oportuno precisar que no es suficiente el reconocimiento teórico de este derecho, si no es necesario que se vuelva efectivamente operante a través de una adecuada organización de servicios sociales, promovidos y dirigidos por todos los que están llamados a realizar el bien común de la sociedad.

A este respecto es útil poner de relieve que la realización del bien común en el campo de la asistencia, como en cualquier otro sector de la vida asociada, es tarea conjunta de los poderes públicos, de las corporaciones intermedias, de las instituciones y asociaciones libres, de las familias, de cada una de las personas; todos juntos deben colaborar y garantizar al ciudadano cuanto le es necesario para salir de las condiciones de necesidad en que se encuentra, y para realizar mejor y desarrollar su misma personalidad humana. De este modo, y con la aportación de todos, se actúa en la sociedad esa sana armonía entre iniciativas públicas y privadas, capaz de dar a todas las energías el justo espacio de acción.

### *El derecho a la asistencia*

La coordinación oportuna de las iniciativas asistenciales públicas y privadas, capaz de garantizar un sistema armónico de seguridad social, puede ser realizada hoy a través del instrumento moderno de la programación territorial, regional y nacional, con tal que ésta sea verdaderamente democrática, en el sentido de que todos los interesados, agentes sociales públicos y privados, así como los mismos asistidos, puedan dar su libre aportación, en la perspectiva superior del bien común.

En particular, por cuanto se refiere a la Iglesia, la posibilidad de promover iniciativas asistenciales se configura como componente no secundario de la

libertad religiosa, puesto que las obras de caridad, en sus múltiples formas, son exigencia fundamental y originaria de la fe cristiana, como atestigua la historia milenaria del cristianismo, que es también la historia de la caridad. En efecto, así se expresa el citado Decreto conciliar sobre el Apostolado de los laicos: «Si bien todo ejercicio de apostolado tiene su origen y su fuerza en la caridad, sin embargo algunas obras, por su propia naturaleza, ofrecen especial aptitud para convertirse en expresión viva de esta caridad, y Cristo Señor quiso que fueran signo de su misión mesiánica» (*Apostolicam actuositatem*, 8).

Basado en esta enseñanza, el mismo Concilio Ecuménico, en el documento afirma que «la santa Iglesia... en todo tiempo se hace reconocer por este distintivo de la caridad y, sin dejar de gozarse con las iniciativas de los demás, reivindica para sí las obras de caridad como deber y derecho propio que no puede enajenar» (*ib.*, 8).

A la luz de estos principios deseo estimular la benemérita acción que vuestra Unión desarrolla desde hace casi treinta años, en apoyo de todas las instituciones libres de asistencia y beneficencia, entre las cuales constituyen una notabilísima parte en Italia las promovidas por el impulso caritativo de los cristianos.

### *Una aplicación de la libertad religiosa*

Actuando así, no sólo incrementáis en el plano civil un pluralismo más amplio de las instituciones libres, que constituyen el entramado de una sociedad verdaderamente democrática, en la que se realiza la participación responsable de los ciudadanos en orden a la consecución del bien común, sino que al mismo tiempo favorecéis los derechos propios del hombre y de sus libertades, y señaladamente de la libertad religiosa, que en nuestro tiempo asume un particular valor y significado, en cuanto califica al mismo ordenamiento político de una sociedad.

A vosotros, pues, mi viva exhortación a no cansaros, a no dejaros abatir por las dificultades, sino a progresar y avanzar con la misma dedicación y con el mismo ánimo, y con amor creciente hacia Cristo y su Iglesia.

Con tal confianza, os bendigo afectuosamente, y bendigo a las instituciones que representáis, a las personas que desarrollan en ellas su trabajo y a las asistidas, implorando para todos el consuelo de los auxilios celestiales.

7-IV-79

# Noticario

## Hospitales

BARCELONA

### INAUGURACION Y BENDICION DEL ALBERGUE SAN JUAN DE DIOS

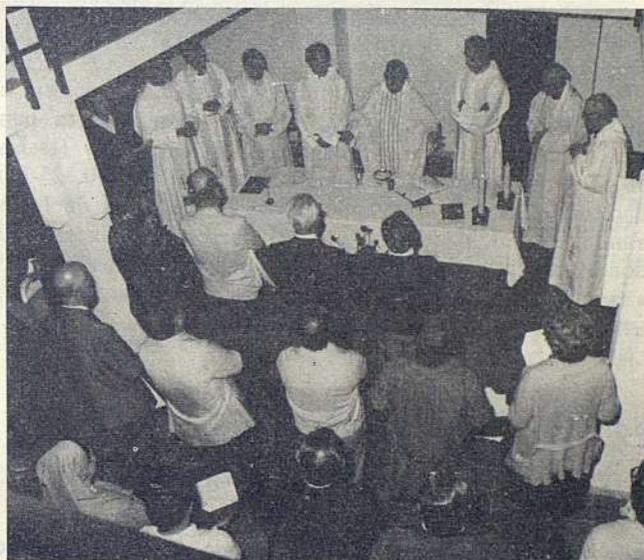
La Orden Hospitalaria, llena de alegría y júbilo, abrió sus puertas, una vez más, a las necesidades asistenciales de la ciudad de Barcelona, colaborando juntamente con el Area de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de la Ciudad Condal y otras entidades de Acción Social y Caritativa.

El albergue se halla situado en el casco antiguo de Barcelona, en el número 6-8 de la calle Cardenal Casañas, que comunica las famosas Ramblas con la Plaza del Pino.

El día 15 de octubre, a las 12,30 tuvo lugar la solemne



El hermano Provincial da lectura al discurso inaugural. A un lado tiene al alcalde de Barcelona, Narcís Serra, a la concejal Francisca Masgoret y acompañante y a los superiores del hospital y del Albergue San Juan de Dios



Monseñor Dalmau presidió la primera Eucaristía celebrada en el albergue

inauguración, presidida, por parte de la Orden Hospitalaria, por el Superior Provincial de los Hermanos de san Juan de Dios fray Gabino Gorostieta, acompañado del Consejo y hermano Vicente Gómez, superior y director del Centro, así como representantes de diversas casas de la Provincia religiosa de Aragón, Francia, Castilla, Hermanas Hospitalarias, párroco de Santa María del Pino, Director Médico del Hospital San Juan de Dios de Barcelona y Hospital Psiquiátrico de Sant Boi, así como infinidad de amigos, compañeros, simpatizantes y benefactores de la Orden Hospitalaria.

La Corporación Municipal estaba presidida por el Excelentísimo Sr. Alcalde D. Narcís Serra y la concejal del Area de Servicios Sociales doña Francisca Masgoret. Es de destacar también la presencia de diversos profesionales que han colaborado en el estudio y puesta a punto del Circuito de marginados, así como del personal asistencial del Albergue de Valldoncella y representantes de los Centros de Torre Baró y Wellington.

También se encontraban representantes de diversas instituciones que han colaborado en reuniones preparatorias de la atención a marginados: Cáritas, OBINSO (obra de inserción social), IRES (instituto de reinserción social),

así como representantes de la Generalitat de Catalunya y otras personalidades.

Finalizados los sendos discursos y sus respectivos aplausos el Sr. Alcalde, acompañado del Hermano Provincial y demás personalidades, hicieron un recorrido por las diversas dependencias del Albergue pasando posteriormente al *lunch* que el Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento ofreció. Inmediatamente después el Sr. Serra invitó al Provincial a acompañarle a visitar el Centro de Vall-doncella.

### SOLEMNE BENDICION

A las 6 de la tarde, se celebró la Eucaristía, presidida por el señor obispo auxiliar de la diócesis, D. Ramón Dausal, participando sacerdotes, religiosos hospitalarios, hermanas hospitalarias, hermanas de la Caridad de santa Ana y un buen grupo de amigos y benefactores de la Orden Hospitalaria.

El tema central del acto litúrgico partía de la presencia de Jesús de Nazaret en su Palabra: «comparte tu pan con el hambriento y tu hogar con el peregrino» (Isaías 58, 7) y la Parábola del Buen Samaritano (Lc 10, 25-37) haciendo hincapié el Presidente, en las palabras de Jesús «anda, haz tú lo mismo» y en el Sacramento Eucarístico donde, una vez más, pudimos vivir que «al sentarnos junto a ti para cenar, conocimos quién eras al partiros el pan».

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

### SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

#### INAUGURACION DEL CURSO 79-80



Prof. Carlos Ruiz Ogara

El pasado día 15 de octubre se inauguró el nuevo curso 1979-1980 en la Escuela de Psiquiatría San Juan de Dios ubicado en el Hospital de Sant Boi con la lección inaugural a cargo del Profesor Ruiz Ogara que precisamente nos deja al tener que ocupar la cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Granada.

Empezó por decir que quizá no haya otra actividad profesional tan difícil como la recuperación del enfermo mental. Y ello por tres razones.

La primera por el objeto o *naturaleza* de la enfermedad mental, pues abarca entidades tan dispares como enfermedades producidas por una lesión orgánica, aprendizajes anómalos a *imprinting* en etapas precoces del desarrollo, y conflictos interpersonales con un transfondo sociocultural.

La segunda razón es que depende de nuestras *actitudes internalizadas*. Luego veremos lo que quiere decir esto.

Y el tercer factor que hace asimismo dificultosa nuestra tarea es la necesaria y difícil *coordinación* de los miembros tratantes en un equipo terapéutico, ya que profesionales de distinto rango y status son fuente de conflicto.

No olvidemos que la noción de Equipo Terapéutico es

muy reciente. En la época de Pinel existían auxiliares del médico pero eran auxiliares de la asistencia y no de un equipo integrado.

El *saber* acerca de la enfermedad no era una cosa compartida por todos los componentes del equipo. La idea del Equipo Terapéutico nace aproximadamente hacia 1935 como extensión de otros «equipos» en el campo de la Medicina. Al mismo tiempo, nace el concepto de Higiene Mental y Psiquiatría Comunitaria. Pero la idea no se consolida hasta la década de los años 50 que es cuando la Psiquiatría vuelve del exilio... los enfermos dejan de ser unos marginados y hay en definitiva una mutación coincidiendo con la aparición de los psicofármacos, el desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria y el estudio de otros campos del saber que inciden favorablemente como son las aportaciones de la Psiquiatría Social.

De este modo, el Equipo Terapéutico que inicialmente estaba formado únicamente por médicos y auxiliares, incluye posteriormente al ATS, asistentes sociales y psicólogos. Es entonces cuando estamos en un momento histórico en que podemos decir que la Psiquiatría ha ganado en disponibilidades y recursos.

Cuando Maxwell Jones introdujo la noción de Comunidad Terapéutica inició un cambio fundamental... un cambio que exige un duro *entrenamiento* por parte del staff: «todo el tiempo que pasa el interno en el hospital se organiza para que sirva como tratamiento». Ya no existe una hora privilegiada, la de ser visitado por el médico. Sino que ahora todo el tiempo ha de ser dedicado al enfermo. Todos los sucesos que acontecen en la vida del enfermo (dentro del pabellón, en relación con la familia, en sus salidas de paseo, etc.) son importantes. Todos los *contactos* han de ser igualmente importantes. Y forman parte de un programa de tratamiento. Por eso, el Equipo Terapéutico se ha de reunir por las mañanas, a primera hora, y se ha de comentar lo sucedido. Sabiendo leer e interpretar más allá del contenido manifiesto, atendiendo las demandas latentes.

¿Cuál es la situación actual y modus operandi del Equipo Terapéutico? La importancia del E. T. sigue conservándose, sin tanta diferencia de rango y status, participando los propios enfermos. En cualquiera de las variantes de la Comunidad Terapéutica se incorpora un nuevo elemento muy importante: los propios enfermos.

Se responsabiliza a los enfermos para que adquieran esa madurez, y que todos los contactos sirvan de *experiencia emocional correctora*. Por ejemplo, ante la agresividad de un paciente, ¿qué hacer?: pues se puede derivar a un nivel de expresión más maduro, por medio de un grafismo, un dibujo.

Claro está que actuar así es muy difícil. Pero no imposible. Que es preciso un nivel de formación. Y que el trabajo cotidiano *desgasta* muchísimo.

Además, hay que tener sumo cuidado en no caer en la trampa de las *caricaturas* que hacen ciertos autores sobre las instituciones psiquiátricas comparándolas al modelo carcelario, y que no corresponden a la verdad. ¿Por qué han impresionado tanto? El caso es que se ha lanzado al público y sociedad en general una idea equivocada y deformada de la realidad interna de los manicomios.

La idea de Goffmann sobre institución total en la cual se desarrolla íntegramente la vida del sujeto (trabajo, recreo, educación, alimentación, etc.) no es comparable a lo de los sujetos encarcelados. Son sólo analogías super-

ficiales. Además, nosotros no hemos realizado la condena del enfermo mental. Y la segunda idea implícita en la noción de «institución total» que habla de una deformación cultural, distinta del exterior, tampoco es cierta. Aquí, precisamente en este hospital se hizo un trabajo sociométrico («Análisis de la estructura social de un pabellón psiquiátrico y su cultura») y pudimos comprobar que los enfermos psicóticos crónicos no tenían una nueva cultura. No existía en absoluto ningún cambio cultural. Los enfermos rechazaban la agresividad, las conductas suicidas, autistas, etc. Por el contrario, sabían reconocer lo bueno, lo sano, lo bello, etc.

Es por eso que se debe contar con los mismos enfermos —aunque no en todo momento— en las actividades socio-terapéuticas y en las actitudes a tomar por parte del Equipo Terapéutico.

Y retomando el problema de las *actitudes* haciendo especial alusión a los nuevos alumnos, dijo que lo esencial no es adquirir un nivel de conocimientos sino conseguir un cambio de actitudes. Concepto de actitud social, actitud colectiva es apropiado para definir nuestras disposiciones individuales, a reaccionar ante una situación determinada: enfermo agresivo, peligroso; enfermo suicida. Esas actitudes tienen una base inconsciente y están moldeadas según el patrón socio-cultural en que nos hemos desenvuelto.

Pensad que como ATS psiquiátricos os vais a encontrar con funciones tan diversas como es la situación de atender y aprender a relacionarse con los familiares del paciente, saber completar datos de la historia clínica, realizar algún test sobre escalas de evaluación conductual, ayudar en la administración de los psicofármacos, etc., sin olvidar la función psicoterapéutica (como terapeutas ocupacionales).

Y todo eso en ambientes tan distintos como es el de un hospital psiquiátrico, el Servicio de Psiquiatría dentro del Hospital General, un ambulatorio de consulta externa, etc.

En definitiva, vais a ser creadores y cooperadores de esa Terapia Institucional.

Y ahí reside la idea de san Juan de Dios, hombre excepcional, no sólo por sus virtudes humanas y religiosas, sino también por conseguir formar un equipo de personas dedicadas exclusivamente al enfermo mental.

Y todo lo dicho contando con los precarios medios económicos. Y con las incomprensiones y rechazos de familiares y sociedad en general. Cuando no se cae en la «red» por desconocimiento de causa, y se es víctima de los impactos snobistas del momento, como en «Alguien voló sobre el nido del cuco».

Repito. Por todo eso hace que sea muy difícil esa actividad humana. Terminó diciendo las palabras de Churchill: «sangre, sudor y lágrimas».

XAVI I MÓNICA

## MADRID

### I CURSO SOBRE ACTUALIDADES MEDICAS EN EPILEPSIA

Terminó el I Curso sobre Actualidades Médicas en Epilepsia, organizado por el Hospital Instituto San José, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Seguridad

Social (Programas de Salud Mental) y con el patrocinio de la Liga Española contra la Epilepsia.

El interés del contenido del programa y la categoría de los conferenciantes, obligó a duplicar las plazas de inscripción previstas inicialmente hasta un número de sesenta participantes.



Los cursillistas siguen con atención las lecciones dictadas por los profesores

Durante el curso se han revisado los distintos aspectos que en la actualidad interesan en el campo de la epileptología y que a continuación reseñamos por orden de exposición:

- Nuevos conceptos sobre la organización funcional de los sistemas encefálicos aferentes al córtex cerebral. Prof. Reinoso Suárez.
- Epilepsia en la infancia. Dr. Pascual Castroviejo.
- Crisis epilépticas parciales. Dr. Gimeno Alava.
- Nuevas aportaciones de la Neurofisiología clínica para el diagnóstico de las epilepsias. Dr. Carbonell.
- Criterios neurorradiológicos en el diagnóstico de las epilepsias orgánicas. Dr. Queimadelos.
- El sueño y las crisis epilépticas. Dr. Oliveros Pérez.
- Sistema límbico y epilepsia. Prof. Rodríguez Delgado.
- Aspectos psicosociales de las epilepsias. Dr. Rodríguez Ramos.
- Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. Dr. Sánchez Caro.
- Criterios básicos para la mono y politerapia de las epilepsias. Dr. Díez Cuervo.
- Revisión al tratamiento quirúrgico de las epilepsias. Dr. Manrique.
- Determinación plasmática de drogas antiepilépticas y su aplicación a la monitorización intensiva. Dr. Oller Ferrer.

En la clausura, con asistencia del Dr. Vila-Badó, presidente de la Liga Española contra la Epilepsia, Dr. Serigó Segarra, director de Programas de Salud Mental, Dr. Díez Cuervo, director médico del Hospital y el hermano José M.<sup>a</sup> Muneta, gerente del Hospital, se procedió a la entrega de los diplomas acreditativos y se insistió en la necesidad de continuar investigando en este campo de la medicina, y en la conveniencia de garantizar cursos sucesivos que faciliten la docencia a cuantos médicos se encuentren interesados por esta enfermedad. Igualmente se prometió la edición de todas las conferencias pronunciadas para hacerlas llegar a los participantes del Curso y a los especialistas en este campo de la medicina.

**I REUNION DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA**

Teniendo como sede a la clínica San Rafael y siendo el preámbulo a la II Jornada Psiquiátrica de Sanatorios de México, S. A. de C. V., se realizó la primera reunión de Enfermería psiquiátrica de la Clínica y Centro de Salud Mental Comunitaria San Rafael.

Sus objetivos fundamentales fueron el lograr la participación de directoras y maestras de escuelas de enfermería del Distrito Federal y lugares circunvecinos para establecer una comunicación amplia que permitiera ubicar el papel de la enfermera psiquiátrica, tanto en el campo asistencial, como el docente y el de la Salud Mental Comunitaria.

Temas desarrollados: La participación de la Enfermera en la Prevención de los Padecimientos Mentales. Atención de Enfermería Especializada al Enfermo Mental. Importancia de la Investigación en Enfermería Psiquiátrica. Tendencias actuales en la Enseñanza de la Enfermería Psiquiátrica.

Los temas fueron expuestos por distinguidos profesionistas del área en forma de panel de discusión dirigida, lo que originó una favorable acogida, tanto por los ponentes como por el público asistente que captó con mayor interés y entusiasmo los temas tratados.

Se concluyó en todos y cada uno de ellos que la participación de la enfermera psiquiátrica es cada día más necesaria; y que las facilidades que ha brindado tanto la clínica como el centro comunitario les han permitido no sólo integrarse a trabajar con otros profesionales sino, lo más importante es que les ha permitido ubicar en forma adecuada su rol con estos equipos.

De especial interés resultó el panel sobre investigación en enfermedad psiquiátrica, ya que ésta es un área que a nivel de otras disciplinas médicas y paramédicas ha tenido un incremento importante a nivel nacional. Así también en cuanto a la enseñanza se concluyó la necesidad de unificar criterios de aprendizaje y se acordó integrar comisiones que se encargarán de hacer una revisión de los planes de estudio de las diversas escuelas de enfermería.

Sin embargo, el panel que más motivación creó fue el de «La participación de la enfermera en la prevención de los padecimientos mentales», en el cual se mencionó, en forma insistente, la necesidad de desarrollar programas de promoción que permitieran establecer metas de prevención primaria de las alteraciones psiquiátricas y neurológicas, incluyendo, desde luego, los problemas con implicaciones psicosociales; pero primordialmente esta promoción educativa, llevada a la comunidad nos permitiría hacer diagnósticos oportunos así como favorecer el conocimiento de las principales formas de desarrollo mental adecuado de los habitantes del Distrito Federal.

Para finalizar se solicitó a los doctores Guillermo Calderón y Salvador González, presidente y coordinador, respectivamente de la reunión, que estos eventos se continuaran en forma anual ya que los logros obtenidos y las expectativas creadas así lo hacían sentir.

Se agradeció en forma amplia también toda la colaboración y facilidades que el personal administrativo y de enfermería de la clínica San Rafael había otorgado.

Dr. SALVADOR GONZÁLEZ

**SEGUNDAS JORNADAS PSIQUIATRICAS**

Se inició la Jornada Psiquiátrica con la declaración de apertura por el Dr. Guillermo Calderón y la participación del eminente Psiquiatra Dr. Agustín Caso Muñoz, quien disertó en forma brillante con su Conferencia Magistral sobre el tema *Ansiedad*. El Dr. Caso, autor de numerosos trabajos de investigación clínico-farmacológica en México, es miembro de la Academia Nacional de Medicina; profesor durante 35 años de la Escuela de Medicina de la UNAM en sus cátedras de Neurología y Psiquiatría; ex-director del manicomio general; jefe del sexto piso del Hospital Psiquiátrico Nacional, autor de varios libros de Neuroanatomía, Neurología y Psiquiatría; miembro del directorio del Consejo Nacional de Psiquiatría.



**Hermanos y médicos que presidieron los actos académicos en Tlalpan**

Al término de la conferencia magistral, se abordó el tema *Depresión* en todos sus aspectos por los médicos psiquiatras adscritos que laboran en los tres hospitales de Sanatorios de México, S. A. de C. V. con la asistencia de numeroso auditorio, integrado en su mayor parte por médicos, estudiantes de medicina y enfermería.

Para cerrar las actividades de este día, el Dr. Paul Adrian Jon Janssen, eminente investigador y descubridor de numerosos psicofármacos, disertó sobre los más recientes descubrimientos de medicamentos aplicables a la Psiquiatría y habló sobre los prometedores estudios que se hacen actualmente para continuar el avance de esta área tan importante para la humanidad en general y para la Psiquiatría en particular. El Dr. Janssen, es Miembro de la Real Sociedad de Medicina en Londres; de la Sociedad Americana de Química en Nueva York; de la Academia de Ciencias de Nueva York; fundador de la revista *Excepta Médica* en Amsterdam, Holanda; de la Sociedad Europea para el estudio de drogas y su toxicidad; de la Asociación Americana para el avance de la Ciencia en Washington y del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología. Con la participación de este eminente personaje, se dio por terminada la jornada de este día.

El segundo día se reanudaron las actividades de las jornadas, con la participación del Dr. Mauricio Edgar, quien en representación del Dr. José Luis Ibararán habló sobre *La Docencia Institucional en los Hospitales de San Juan de Dios* en la ciudad de Guadalajara Jal., correspondiendo al Dr. Guillermo Calderón tratar el mismo tema en la clínica san Rafael de Tlalpan, D.F.

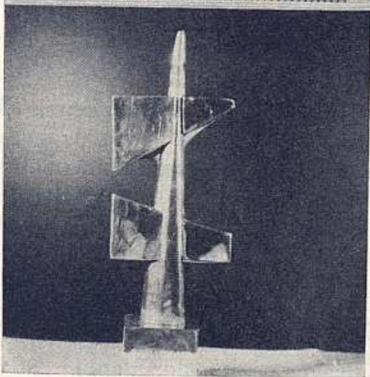
El Dr. José Santamaría hizo la brillante exposición de su conferencia magistral *Aspectos Psicológicos del enfermo hospitalizado*, siendo ampliamente felicitado por la amplitud y sencillez del tema cuyo mensaje fue captado por el auditorio en general.

Al mediodía, se inició el Symposium sobre *El equipo de Salud Mental Comunitaria en el Centro San Rafael* teniendo como presidente al hermano Antonio Farré, como secretario al Dr. Víctor Manuel Rivera y como coordinador al Dr. Guillermo Calderón, quien a su vez tuvo a su cargo la *Introducción*; posteriormente el Dr. Salvador González trató sobre *El Psiquiatra*; la Srta. María Antonieta Alducin sobre *El Psicólogo*; la Lic. en T. S. sobre *La Trabajadora Social*; la Srta. Guadalupe Sánchez sobre *La Enfermera*; el Dr. Marcelo Pasternac sobre *El Psicoterapeuta*; el Dr. Rodolfo Panizza sobre *El Neurólogo*; la Srta. Nedelia Antiga sobre *El Sociólogo* y el Lic. Luis A. Berruecos sobre *El Antropólogo*.

El hermano Justo Azpiroz, delegado Provincial en México, clausuró de manera brillante las Segundas Jornadas, exaltando la participación de los asistentes y participantes, y conminando a todos los que laboramos con ellos a continuar trabajando con esfuerzo y dedicación en la tarea de ayuda a los enfermos mentales.

Dr. VÍCTOR M. RIVERA B.  
Secretario

## PREMIO LAUDE 1978



La revista *Mundo Farmacéutico* ha concedido el premio Laude, 1978 a la Institución Sanitaria, oficial o privada, que más se haya distinguido durante dicho año por la constitución de su equipo humano, incorporación de medios técnicos, su organización, grado de innovación o aportación general a la comunidad: «a la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios» que desde hace años viene desarrollando una ingente labor, valiosa no sólo en su aspecto humanitario, sino también desde el punto de vista asis-

tencial, ya que cubre con ella, unas necesidades muy precisas en determinadas áreas especialmente abandonadas por el Estado y la Sociedad.

Sólo durante el pasado año 1978, en sus 32 Centros repartidos por todo el país, con una capacidad de 7500 camas, han sido atendidos cerca de 100 000 enfermos, no sólo médico-quirúrgicos, sino también psiquiátricos, neurológicos, fisioterapéuticos y pedagógicos.

Su afán de constante superación y la continua remodelación y actualización de sus instalaciones, bien vale ser destacada y premiada. Creemos que su línea de actuación puede y debe constituir un ejemplo para todos aquellos organismos e instituciones que necesariamente deben colaborar en la consecución de una Medicina Integral en la que prevalezcan los valores humanos».

La entrega de los premios tuvo lugar el día 24 de mayo en el acto de una cena que se celebró en un restaurante en el Retiro de Madrid. El acto fue presidido por D. José María Segovia de Arán, Secretario de Estado para la Salud, que era uno de los galardonados. Por parte de la Orden asistieron los siguientes miembros: Fabián de Alvaro, Aragón; Juan de Dios, Andalucía y Jesús Carrasco, Castilla.

J. CARRASCO

## INDIA

### TERESA DE CALCUTA

El premio Nobel de la Paz concedido a madre Teresa de Calcuta, ha llenado de gran contento y satisfacción a cuantos por vocación dedican su vida de entrega especialmente al enfermo y al que sufre necesidad.



Madre Teresa entre sus enfermos

Las páginas de LABOR HOSPITALARIA están pensadas y escritas de cara a las necesidades del hombre marginado por la enfermedad o por cualquier necesidad que le acongoje. Trata por todos los medios posibles de humanizar la vida del hermano que sufre. Sobran, por tanto, motivos para regocijarse por la concesión del premio de la Paz a una religiosa que hace de su vida un holocausto permanente de amor a los demás. Este grato acontecimiento sirva de estímulo y aliento a los lectores de LABOR HOSPITALARIA para proseguir en el empeño de ser fieles imitadores de Jesús de Nazareth que pasó entre los hombres haciendo el bien a todos.

## EL BOE INFORMA

### LEY SOBRE EXTRACCION Y TRASPLANTE DE ORGANOS

*Artículo 1.º* La cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos para ser utilizados con fines terapéuticos, sólo podrán realizarse con arreglo a lo establecido por la presente ley y por las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

*Artículo 2.º* No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos.

Se arbitrarán los medios para que la realización de estos

procedimientos no sea, en ningún caso, gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido. En ningún caso existirá compensación económica alguna para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado.

**Artículo 3.º** El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social autorizará expresamente los centros sanitarios en que pueda efectuarse la extracción de órganos. Dicha autorización determinará a quién corresponde dar la autorización para cada intervención.

**Artículo 4.º** La obtención de órganos procedentes de un donante vivo para su ulterior injerto o implantación en otra persona podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

a) Que el donante sea mayor de edad.

b) Que el donante goce de plenas facultades mentales y haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión.

Esta información se referirá a las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico, a las eventuales repercusiones que la donación pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional, así como a los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor.

c) Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo por escrito ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, obligado también a firmar el documento de cesión del órgano. En ningún caso podrá efectuarse la extracción sin la firma previa de este documento. A los efectos establecidos en esta ley no podrá obtenerse ningún tipo de órganos de personas que, por deficiencias psíquicas o enfermedad mental o por cualquiera otra causa, no pueden otorgar su consentimiento expreso, libre y consciente.

d) Que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente sus esperanzas o sus condiciones de vida, garantizando el anonimato del receptor.

**Artículo 5.º** 1. La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá hacerse previa constatación y comprobación de muerte. Cuando dicha constatación y comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, incompatibles con la vida, el certificado de defunción será suscrito por tres médicos, entre los que deberá figurar un neurólogo o neurocirujano y el jefe del servicio de la unidad médica correspondiente o su sustituto: ninguno de estos facultativos podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante.

2. La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos en el caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición.

3. Las personas presumiblemente sanas que falleciesen en accidentes, o como consecuencia ulterior de éste, se considerarán asimismo como donantes si no consta oposición expresa del fallecido. A tales efectos, debe constar la autorización del juez al que corresponda el conocimiento de la causa, el cual deberá concederla en aquellos casos en que la obtención de los órganos no obstaculizare la ins-

trucción del sumario, por aparecer debidamente justificadas las causas de la muerte.

**Artículo 6.º** El responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante sólo podrá dar su conformidad si se cumplen los siguientes requisitos:

a) Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante.

b) Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuados por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

c) Que el receptor exprese por escrito su consentimiento para la realización del trasplante, cuando se trate de un adulto jurídicamente responsable de sus actos, o por sus representantes legales, padres o tutores, en caso de pacientes con déficit mental o menores de edad.

**Artículo 7.º** 1. Se facilitará la constitución de organizaciones a nivel de comunidades autónomas y nacional, y se colaborará con entidades internacionales que hagan posible el intercambio y la rápida circulación de órganos para trasplante obtenidos de personas fallecidas, con el fin de encontrar el receptor más idóneo.

2. Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se dictarán normas reguladoras del funcionamiento y control de los *bancos* de órganos o tejidos que por su naturaleza permitan esta modalidad de conservación. Dichos *bancos* no tendrán en ningún caso carácter lucrativo.

#### *Disposiciones adicionales*

**Primera.** El Gobierno deberá desarrollar, por vía reglamentaria, lo dispuesto en esta ley, y en especial:

a) Las condiciones y requisitos que han de reunir el personal, servicios y centros sanitarios mencionados en la presente ley para ser reconocidos y acreditados en sus funciones; asimismo revisará la base 33 de la ley de Bases de Sanidad Nacional, de 24 de noviembre de 1944 y el reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria para facilitar la aplicación de esta ley y el traslado de cadáveres.

b) El procedimiento y comprobaciones para el diagnóstico de la muerte cerebral.

c) Las medidas informativas de todo orden a que, inexcusablemente, habrán de atenerse todos los centros sanitarios, a fin de garantizar que todos los ciudadanos que en ellos ingresen y sus familiares tengan pleno conocimiento de la regulación sobre donación y extracción de órganos con fines terapéuticos o científicos.

**Segunda.** La presente ley no será de aplicación a la utilización terapéutica de la sangre humana y sus derivados; sin embargo, su reglamentación se inspirará en los principios informadores de esta ley. Las extracciones anatómicas efectuadas para la práctica de trasplantes de córnea podrán ser realizadas sin demora y en los propios lugares del fallecimiento. Disposición derogatoria. Queda derogada la ley de 18 de diciembre de 1950 y cuantas disposiciones, cualquiera que sea su rango, se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

6 noviembre, 1979

# Pastoral

## ZARAGOZA. CONGRESO MARIANO

### LA MISA PARA LOS ENFERMOS



La misa pontifical para los enfermos, oficiada en la basílica del Pilar por el cardenal primado de España, don Marcelo González, constituyó el acto central del XV Congreso Internacional Mariano, que se celebró en Zaragoza, en la víspera de la fiesta del Pilar.

Cerca de mil enfermos, portados muchos de ellos en camillas o sillas de ruedas, llegados de diversas dió-

cesis de España y de otros países europeos, ocupaban la nave central del templo.

Con el cardenal primado concelebraron otros 30 obispos, entre ellos, especialmente invitados, el de Fátima, monseñor Alberto do Cosme Amaral, y el de Burdeos, monseñor Henry Donze.

«Vosotros —dijo el cardenal primado en su homilía a los enfermos— vais a ofrecer en este Congreso el obsequio más valioso a la Virgen, porque ofrecéis lo que más cuenta, y por eso, lo que más vale: vuestra carencia de salud y las limitaciones en que os encontráis».

El cardenal comenzó invitando a los oyentes a escuchar dos lecciones que ofrecen los enfermos. En primer lugar, nos decís: «He aquí el dolor como algo que pertenece a la condición humana, como algo ineludible».

«En segundo lugar, vuestro sufrir con paciencia nos da ejemplo para que reflexionemos sobre nuestra condición humana. La enfermedad engrandece a quien sufre, cuando se ilumina el dolor con la fe».

El primado dirigió seguidamente tres ruegos a los enfermos:

1. Que aprovechen la enfermedad para santificarse. «El Evangelio —ha dicho— valora el dolor y es vuestra enfermedad un instrumento de santificación personal».

2. Además de su santificación personal, el cardenal ha pedido a los enfermos que ofrezcan su dolor por el mundo, por la paz y concordia de los hombres, por la Iglesia y por las misiones.

3. Finalmente, pidió el cardenal a los enfermos que tengan conciencia del poder expiatorio que tiene su enfermedad. El pecado, ha explicado, es el mayor enemigo de los hombres, porque nos separa de Dios. Pensad en los pecadores y ofreced vuestro dolor por los pecados de los demás.

El cardenal terminó resaltando que hoy en el altar habría dos cálices, el de la sangre del Señor y el de la sangre de los enfermos.

## ENCUENTROS DE PASTORAL SANITARIA

### IRLANDA

Nuestros lectores recordarán que, a finales del mes de abril y primeros de mayo, se reunió el Secretariado Internacional de Pastoral Sanitaria en Barcelona y convocó,

asimismo, a los agentes de diversas lenguas. El mes de agosto —días 27 al 29— se ha tenido un nuevo encuentro, ahora con agentes de lengua inglesa.

Es intención del Secretariado llevar a efecto este tipo de encuentros con las diversas lenguas, con el fin de ir conociendo la realidad pastoral, ver las necesidades, qué tipo de apoyo se precisa y qué se puede realizar. Queda —para antes del Capítulo General— el encuentro con agentes de lengua alemana.

El encuentro de lengua inglesa ha tenido dos fases: en la primera se ha reunido el Secretariado y para la segunda fueron convocados los capellanes y hermanos que están más en relación con el tema.

**Día 27.** Reunión del Secretariado Internacional. A esta reunión asistió también un delegado de las provincias inglesa, irlandesa y americana. Los temas centrales fueron: repaso de las conclusiones de Barcelona y programación futura. En la primera parte de la reunión se intercambiaron opiniones y criterios sobre el tema de la pastoral; a continuación se procedió al estudio de dos esquemas preparados por el Secretariado: bases que pueden servir de orientación en la creación y funcionamiento de los Secretariados de pastoral a nivel de cada provincia y esquema de un posible programa que puede ofrecerse a toda la Orden a fin de que pueda servir de apoyo para encuentros, cursillos, etc. Los textos se presentaron, pero no como definitivos ya que se desea que los estudien igualmente los agentes de lengua alemana. Al final, el Secretariado hará un informe al Capítulo General con todo lo reflexionado en Barcelona, Irlanda y Austria.

**Día 28.** Reunión con los agentes de lengua inglesa. Están representadas las provincias inglesa, irlandesa y americana: un total de 18.

Abrió la sesión el hermano Redrado con un saludo a todos los participantes, resaltando la necesidad de dar una respuesta adecuada en el campo sanitario y la responsabilidad que tenemos de ir concretando unas acciones pastorales que vayan de acuerdo con el ambiente sanitario de nuestro tiempo.

A continuación el Dr. Kieran Flanagan dictó su conferencia sobre *Ambiente social de los enfermos, hoy*, destacando los puntos siguientes: *Definición de Sociología. Dificultades en el campo médico*: la no realización del trabajo en equipo, la desconfianza y la pérdida de relaciones humanas. *Nuevos caminos en el trato de los niños en el hospital*: provisión de juegos que rompan la rígida institucionalización, frecuencia de visitas, actitudes sociales. *Problemas específicos de la sociología médica*: dualismo de métodos, tensión entre la experiencia clínica y ambiente social, falta de formación del médico sobre temas de sociología. *Importancia de la religión* en el contexto del dolor y sufrimiento. *Elementos sociales que inciden en la enfermedad*: significación social de la enfermedad que va desde la legitimación hasta el pronóstico. *El combate contra el dolor y la muerte* se hace cada vez más difícil visto desde solo la medicina; es necesario el apoyo en otras disciplinas, entre ellas la sociología.

La hermana Eileen Roegan nos dio una visión global de *Las prioridades pastorales de los religiosos*, subrayando el contenido siguiente: *Necesidad de cambiar los métodos de atención a los enfermos*: hemos de caminar hacia una asistencia integral; la curación precisa, por ello, de una relación personal. *Actividad pastoral*: importancia de una presencia en la vida; presencia interrogadora entre

los enfermos. Conocimiento del paciente para asistirle, comprenderle, ayudarlo a enfrentarse con la enfermedad y la muerte. *Etapas del moribundo*: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación. *Necesidades del paciente próximo a la muerte*: comprensión, compañía, amor. *Necesidad de morir con dignidad*. Finalmente, *presencia de Jesús* en la vida del enfermo.

En la sesión de la tarde, las provincias participantes hicieron una exposición de la situación pastoral en sus respectivas provincias.

*Día 29. La liturgia en la pastoral, hoy.* Este fue el tema que acaparó nuestra atención durante toda la mañana. Lo expuso el padre Sean Swayne. Los puntos centrales fueron: *Definición* de la liturgia. La liturgia como *expresión superlativa* de la vida de la Iglesia. *Puntos de estudio*: la oración de la Iglesia, los sacramentos, la Eucaristía.

Por la tarde tuvimos una mesa redonda con cuatro capellanes de diversos hospitales de Dublín: psiquiátrico, maternidad, general y geriátrico. A través de la experiencia de cada uno pudimos ver lo concreto de la acción pastoral, las dificultades que se presentan y el camino que está por andar. Como puntos concretos para la evangelización en el campo sanitario se apuntaron: importancia del capellán, situación de cambio, nuevas formas de hacerse presente —menos sacramental y más en una actitud de hablar, compartir, ayudar—.

Estos cambios traen nuevas exigencias, y una de ellas es la preparación, ya que se constata que es muy deficiente para afrontar los problemas que presenta hoy el hospital. Se intenta iniciar un curso en Dublín y a partir de él abrir una nueva etapa que nos ayudará a una presencia actualizada.

Todas las sesiones eran seguidas de un amplio diálogo que aclaraba y completaba los conceptos. Hay que destacar también las reuniones de grupos, el ambiente, el intercambio dentro y fuera del aula, la experiencia que las diversas naciones tienen sobre la pastoral. Creemos que todo esto es un medio más que contribuirá a esta toma de conciencia y responsabilidad.

Al finalizar las reuniones de lengua inglesa el grupo de participantes ha sintetizado la reflexión de estos días en una declaración conjunta que contiene las siguientes ideas:

«En la reunión de esta Comisión tenida con asistencia de delegados de las provincias americana e inglesa y representantes de varias Casas de Irlanda, se sometieron a discusión las propuestas formuladas en Barcelona. Hablaron a la asamblea expertos en Pastoral Sanitaria. En los comienzos se apuntó que las contestaciones al cuestionario de la Comisión Internacional dadas por Irlanda, Inglaterra y América no se habían incluido, por la razón que fuere, en el informe de Barcelona. Tras serio estudio con aportación de expertos en Pastoral de Salud, las tres provincias de habla inglesa representadas acordaron emitir una declaración conjunta en respuesta a la petición del Presidente de la Comisión Internacional, solicitando comentarios sobre las propuestas de Barcelona, a la luz de las deliberaciones de estos tres días.

Aun cuando apreciamos la importancia y necesidad del trabajo que desarrolla la Comisión Internacional de Pastoral Hospitalaria, entendemos que no debe desvincularse de los resultados del próximo Capítulo General Extraordinario ni de la actividad de las demás comisiones de la Orden.

Examinadas las propuestas de la reunión de Barcelona, recomendamos eficazmente lo que sigue: El programa propuesto debe modificarse en esta forma: Bases bíblica y teológica de salud, sufrimiento y muerte. En cuanto a la formación progresiva, necesidad de una enseñanza sistematizada en la dirección expuesta. Factores psicológicos y sociales que caracterizan corrientemente el sufrimiento en el mundo contemporáneo. Estructuras de enfermedad y curación en la sociedad. Elementos sociales condicionantes de la enfermedad en la sociedad. Actitudes cambiantes (como pueden ser epilepsia, enfermedades mentales, consunción, etc.). Nuestro papel pastoral; respuesta de los hermanos. Disponibilidad numérica de hermanos y personal laico. Organización; descripción de funciones; quiénes las desempeñan.

## AUSTRIA

Todo estaba a punto para este tercer encuentro del Secretariado Internacional y Agentes de pastoral sanitaria de habla alemana. Estamos en Salzburgo, Austria, los días 18 y 19 de octubre; somos unos 33 participantes, tanto capellanes como hermanos.

*Día 18.* Abre las reuniones el padre General con un saludo a todos y nos recuerda que estamos reunidos en el nombre del Señor. En su breve discurso señaló las siguientes ideas:

- La razón de nuestra preocupación por la pastoral es porque estamos consagrados por el bautismo y la vida religiosa. Otra razón es porque estamos en una historia que ha cambiado mucho y nosotros debemos, no sólo aceptar el cambio, sino ser agentes del mismo. Sobre esta realidad debe cimentarse nuestro apostolado.
- La pastoral es de todos y no sólo del sacerdote; debemos ir al hospital como misioneros, como evangelizadores.
- Nuestra misión va más allá de la sensibilización; debemos corresponsabilizar.
- Todo esto nos viene dado como imperativo porque somos Iglesia.

A continuación el padre Benedicto Wallouschek, de la provincia austriaca, desarrolló el tema *Qué es la pastoral hospitalaria y qué pretende*. Comenzó haciendo una reflexión sobre la pastoral en general para centrar la atención posteriormente en el tema sanitario con estas ideas: Cristo curó a muchos enfermos como expresión del amor de Dios al hombre. La Iglesia, fundada por Cristo, continúa esta misión evangelizadora y curativa junto a los enfermos. Nosotros debemos realizar estos gestos a ejemplo de Juan de Dios que vio al enfermo de una forma total. Este es el espíritu de nuestra Orden: curar los cuerpos y realizar la atención pastoral. Por ello es necesario integrar la pastoral en el contexto hospitalario, creando una atmósfera de unidad y de trabajo en equipo que permita la evangelización y los signos sacramentales. Estas ideas fueron desarrolladas en dos intervenciones a las que siguió un diálogo.

Por la tarde, los participantes trabajaron en grupos; presentó el trabajo el hermano Redrado sobre dos documentos que anteriormente había preparado el Secretariado e igualmente sobre los objetivos del mismo. Terminamos el día con una relación de la situación pastoral en las tres provincias.

Día 19. El Dr. Carlos Gastgeber, catedrático de teología pastoral en la Universidad de Graz, explicó el tema *Del hospital a la ecclesiola* y expuso las siguientes ideas:

- Importancia del elemento cristiano en el hospital donde debemos ver al enfermo como huésped y ayudarle a buscar el sentido de la vida.
- ¿Qué le ofrece la Iglesia? Jesús es el único camino; Jesús se ofreció a los hombres. Tenemos una respuesta en Jesús; esto debemos mostrar al enfermo: que la vida está más allá de la muerte.
- La consagración religiosa como entrega para el servicio; por eso nuestro testimonio de vida debe ser un signo para el enfermo.
- El hombre que ha perdido la salud puede reflexionar también sobre los valores de la vida. El hombre encuentra el camino porque ve que Dios es bueno y fiel. Esto debemos mostrar al enfermo. Debemos vivir la vida de Cristo y el enfermo debe vernos así. La comunidad es una expresión de la vida de Jesús. Debemos estar prontos a colaborar con la Iglesia para buscar caminos. Debemos ser capaces de escuchar al hombre de hoy. Debemos ir al enfermo y no esperar a que él venga. El hospital cristiano debe ser una *ecclesiola*.

Terminada la conferencia hubo un ameno diálogo y se pasó después a los siguientes temas del día: *Pastoral de enfermos en el hospital de hoy* y *Nuestros trabajadores, colaboradores en la pastoral*. Ambos temas los expuso el padre Pablo Haschet, provincial de los camilos y coordinador de pastoral sanitaria en la diócesis de Linz. Como punto de partida de su exposición remarcó la idea de cambio, tanto a nivel de la sociedad como del sentido espiritual. El hombre de hoy es un hombre secularizado, que no tiene tiempo para los valores profundos, que vive la gran dispersión de la vida. Estos problemas afectan también al enfermo de hoy; existe mucha dispersión en la asistencia. El enfermo viene de un mundo anónimo y pasa al hospital también como a un mundo anónimo. Necesitamos intuir los problemas del enfermo. El enfermo busca ayuda; la Iglesia —nosotros— debemos ocuparnos de él.

Sobre el tema de la colaboración pastoral de los seglares, el conferenciante citó las Constituciones y Estatutos Generales (art. 103, 104, 106 y 161) en donde, de una forma directa o indirecta, se habla de los mismos. Para la colaboración, dijo, se necesita un cierto clima de familiaridad, asimismo motivar, ver lo que se hace, dar nuevo impulso y delegar iniciativas. Después, los grupos trabajaron sobre los temas expuestos y se reafirmaron en la necesidad de experimentar algunas ideas en la práctica.

A continuación el padre General terminó las reuniones de estos días agradeciendo a los diversos grupos: Secretariado, organizadores, participantes, el haber trabajado juntos, ya que esto nos abre nuevos caminos. Señaló seguidamente algunos puntos que debemos tener en cuenta: los diversos cambios que se están realizando en el mundo

del enfermo y asistencia; la influencia de la técnica en la curación; de cómo debemos abrirnos a la colaboración con los demás, cómo debemos crecer en el impulso pastoral, atentos a los signos del hospital moderno para llevar una pastoral con nuevo rostro. Terminó diciendo que debemos ser signos, hombres de fe, porque la fe engendra el amor, y el amor engendra la acción.

Como final de este encuentro se elaboraron unas propuestas que resumen los deseos de estas reflexiones y se expusieron a los participantes para su aprobación; son las siguientes:

- La *ecclesiola* debe ser vista, comprendida y realizada como aspecto central de la Pastoral.
- En todas nuestras casas debe existir un Consejo Pastoral que planifique, coordine y realice la Pastoral.
- En cada provincia debe haber un Secretariado de Pastoral, coordinado por un religioso a tiempo pleno o, al menos, con una dedicación de varios días a la semana.
- Para que el trabajo del Secretariado sea garantizado es preciso que tanto los superiores como los capellanes acepten su ayuda y su trabajo.

Podemos decir que en Salzburgo el clima ha sido cordial, reflexivo; una experiencia más que nos llevamos todos. Los planes serán diversos, porque son diversas las necesidades y los medios, pero las vidas quedan más plenas, porque la vida es experiencia y comunicación.

Con esta tercera reunión del Secretariado y Agentes de pastoral de diversas lenguas se termina una etapa, pero no el camino; el final está todavía lejos y hemos de recorrerlo todos juntos.

JOSÉ L. REDRADO

## BARCELONA

### **CURSO DE PASTORAL**

Hemos clausurado el curso de Pastoral Sanitaria, organizado por los Delegados de las diócesis catalanas y coordinado por el Responsable Regional. El curso venía a cumplir uno de los objetivos que nos habíamos propuesto a nivel de las diócesis: «reflexionar y actualizar el tema de pastoral sanitaria entre los diversos agentes de la misma». El tiempo dedicado al curso ha sido un día al mes, de 9 a 1 de la mañana y de 4 a 7 de la tarde. Hemos contado con una presencia de unos 130 alumnos, de todas las diócesis catalanas, excepto de Tortosa.

El contenido del curso ha estado centrado en tres áreas fundamentales: Temas sanitarios y hospitalarios, aspectos psicológicos y humanos y temas teológico-pastorales. Hemos iniciado este curso poniendo en contacto a los agentes de pastoral con el complejo mundo de la sanidad, una visión global del campo de la salud, situaciones actuales, y también del mundo del hospital como servicio a la comunidad: su sentido dentro de la organización sanitaria, el servicio nacional de salud, la regionalización. El criterio que nos impulsaba a impartir estos temas a los agentes de pastoral era que ello ayudaría a comprender mejor el lugar donde debía manifestarse el mensaje.

Otro de los temas que han sido introductorios y base a los propiamente pastorales ha sido la visión psicológica



El cardenal de Barcelona, Dr. Narciso Jubany, presidió la clausura del curso de pastoral de enfermos

y humana que plantea el enfermar. A estas dos áreas hemos dedicado catorce horas. Y sobre esta base comenzamos los temas teológico-pastorales a los que hemos dedicado veintiocho horas. Las ideas sobre este último tema partieron de una reflexión teológico-bíblica sobre el dolor y el sufrimiento. Nos adentramos después en una temática intraeclesial que se ha desarrollado bajo los enunciados de «presencia de la Iglesia en el mundo de la salud y la comunidad cristiana al servicio de los enfermos». El tema propiamente pastoral fue la ocasión para explicar qué era la pastoral sanitaria, el contenido de la misma, los destinatarios, los agentes. El curso terminó con una reflexión teológico-pastoral sobre la Unción de los enfermos y la presentación de cuatro experiencias pastorales realizadas en parroquias.

El día que finalizó el curso hizo acto de presencia el Sr. Cardenal, alentando a los asistentes a proseguir en este tipo de encuentros, ya que la medicina nos obliga a una mayor y mejor preparación en todos sus campos; nos dijo también que hoy es cada vez más necesaria una reflexión responsable y total sobre el hombre enfermo y que la profesionalidad de los agentes de pastoral debía estar cargada sobre todo de amor y de servicio.

Acto seguido, los responsables de las diócesis catalanas nos reunimos para evaluar nuestras actividades durante el curso y poder organizar el curso siguiente. Se vio positivo lo realizado durante el año y ello nos ha servido para marchar hacia adelante.

## REUNION REGIONAL

Coincidiendo con el último día del curso sobre pastoral sanitaria que hemos impartido a las diócesis catalanas, nos reunimos al final del día los Delegados diocesanos, y continuamos hasta el mediodía del siguiente día.

Delegados: José L. Redrado (Responsable Regional), Francisco Sola (Barcelona), Pilar González (Tarragona),

Ramón Font (Seo de Urgel), Montserrat Farré (Seo de Urgel), Pedro Soler (Gerona), Felicidad Pérez (Gerona), Anunciación Manzano (Gerona), Antonio Comellas (Solsona), Montserrat Sala (Solsona), Jesús M.<sup>a</sup> Ruiz (Camilo),

### Evaluación del curso

Se comenzó la reunión haciendo una reflexión sobre las distintas actividades del curso:

*Nivel Nacional:* Se dio una visión de cómo se estaba trabajando y cuáles eran los últimos propósitos del Secretariado Nacional: estatuto del Servicio Religioso, próximas reuniones.

*Nivel Regional:* Se hizo una valoración del cursillo realizado sobre el *Moribundo*, lo positivo que resultó y lo interesante de haberlo recogido en un número monográfico de la revista *LABOR HOSPITALARIA* e igualmente el haber entregado a cada diócesis una cantidad de números para posibles reflexiones. Evaluamos igualmente el curso de Pastoral y vimos que había resultado de mucho interés, concurrido —unos 130—, asiduo y muy informado. Tanto las ideas comunicadas como el material entregado —mucho y bueno— forman un buen dossier para el estudio. Otro de los temas informados fue el haber compartido con los Abades y superiores mayores de Cataluña una jornada de reflexión sobre la pastoral sanitaria.

*Nivel de las diócesis:* Los Delegados asistentes a la reunión comunicaron, en síntesis, sus propias actividades:

**BARCELONA:** Formación y funcionamiento del equipo del Secretariado, compuesto por varios miembros del campo sanitario. Reunión mensual de capellanes de hospital. Jornada de reflexión pastoral con diversos profesionales (médicos, enfermeras, asistentes sociales, capellanes). Reuniones periódicas con religiosas sanitarias (por sectores, una vez al mes). Elaboración de un modelo para conocimiento y programación de formación permanente. Dos seminarios sobre Administración (para hospitales propios). Presentación de un esquema pastoral para ancianos. Sesión de reflexión con profesionales (humanización). Relación con varias parroquias y Confer femenina.

**TARRAGONA:** Ha cambiado de Delegado; ahora asume la delegación Sor Pilar González. Se han llevado a cabo dos cursillos para religiosas sanitarias sobre Higiene y Enfermería. Hemos participado cinco personas al curso de Pastoral. Trabajo pastoral en una parroquia. Preparación a la peregrinación de Lourdes.

**SEO DE URGEL:** Asistencia al curso de Pastoral (dos personas). Contactos con algunos capellanes y párrocos. Celebraciones de la Unción en varias parroquias (Balaguer, Ribes, Pobla de Segur, Seo Urgel-Hospital). Divulgación de la revista *LABOR HOSPITALARIA* sobre el tema del *Moribundo*.

**GERONA:** Conferencia en la Escuela de ATS sobre Necesidades y derechos del enfermo. Convivencia del equipo de animación, una jornada. Conferencia en la Escuela de ATS, sobre eutanasia. Reunión de material.

**SOLSONA:** El trabajo de la Delegación durante este curso y según la planificación presentada en las Jornadas de Pastoral Diocesana celebradas en Solsona —septiembre 1978— ha sido: estimular la asistencia de sacerdotes, religiosas y seglares a cursillos de capacitación. Información directa y frecuente al Obispo y Vicario de Pastoral. Coordinación con las demás Delegaciones Diocesanas para la programación y acción conjunta del próximo curso y

jornadas de pastoral diocesana sobre *La comunidad*. La Delegación debe presentar el plan de actuación sobre el estudio de la misma y las pistas que esta Delegación debe aportar. Dos artículos sobre pastoral sanitaria y difusión de *La comunidad cristiana al servicio del enfermo*. Estamos para lanzar definitivamente una ficha control de todos los centros asistenciales donde haya presencia de religiosas. Se han continuado y, en otras iniciado, celebraciones comunitarias de la fe. Reconocemos, por motivos ajenos, que esta Delegación ha estado parada durante este curso.

### Prospectiva

Escala Nacional: Se indicaron fechas de los próximos encuentros. Se mandará detalladamente y a tiempo.

Escala Regional: Entre los acuerdos tomados para el próximo curso señalamos: Programar y llevar a efecto, a escala regional, lo siguiente: un cursillo sobre *Planificación familiar* (días 22, 23, 24 y 25 de octubre), un curso sobre *El enfermo y la Parroquia* (de enero a junio, una vez al mes). Realizar las reuniones regionales previstas (tres al año). Ver la posibilidad de que alguna reunión se realice allí donde falta una cierta integración en el grupo. Se ve también necesario que cuando el delegado no pueda acudir a alguna de las reuniones mande un representante. Realizar alguna reunión con los Vicarios de Pastoral de las diócesis a fin de informar e impulsar esta tarea. Seguir en la idea de elaborar un informe para la Conferencia Episcopal Tarraconense. Se indicó como posible esquema las ideas siguientes: Situación de la reforma sanitaria. Derechos del enfermo. Asistencia integral. Marginación. Problemas éticos. Se pidió que cada diócesis trabajase a su manera estos puntos y se da como margen de tiempo hasta diciembre; después se recogerán las ideas que se aporten y se hará un estudio a escala regional con la colaboración de algunos especialistas. Informe económico: se indicó el estado global de cuentas después del cobro de matrículas y gastos. A su tiempo se enviará un estadillo. El actual remanente se dijo que permaneciese para posibles ayudas, reuniones, trabajos, etc.

J. L. R.

## ASAMBLEA GENERAL DE SECTOR

Se celebró en los locales de la parroquia de Jesús, María y José. Asistieron unas 65 personas que representaban a todas las parroquias y comunidades religiosas del sector.

Abrió la sesión Mn. Miguel Pessarrodona que presentó, con su característica competencia y bondad, el tema del encuentro comentando un dossier que él mismo había preparado para este fin. Mn. Pessarrodona habló de tres categorías de personas que, usando la comparación de la autopista, circulan por la sociedad en el ámbito de la salud: los que pueden vivir a «velocidad ilimitada» (los útiles, los competitivos, los que triunfan); los que han de vivir a «velocidad obligatoria» (los llamados *productores*, los que tienen problemas económicos) y cuando no pueden producir son considerados como un estorbo para la sociedad) y, finalmente, los que están «aparcados» (ancianos, enfermos crónicos, minusválidos). Es necesario analizar las actitudes de cada una de estas categorías con respecto a las demás; el concepto de asistencia sanitaria y

a quién sirve en realidad esta asistencia. Planteó asimismo Mn. Pessarrodona el tema de fondo del encuentro: A nosotros, Iglesia del Sector, ¿qué nos sugiere toda la problemática del *Mundo de la salud*?

El dossier al que nos hemos referido contenía —además de una síntesis gráfica de los temas expuestos en el punto anterior— otros documentos que pueden ser útiles a los consejos parroquiales y a otros grupos (p. ej., los de catequesis) para profundizar el tema de la pastoral de la salud en los próximos meses. Estos documentos son: Un decreto del Arzobispo constituyendo el Secretariado diocesano de Pastoral Sanitaria; un documento de ámbito estatal (De sanos y para sanos) que denuncia los fallos y desequilibrios de la sociedad en el campo sanitario y en el que se constata también la poca atención de la Iglesia en este campo; una revisión del concepto de *salud* hecha por la comisión correspondiente del Congreso de Cultura Catalana; dos organismos (?) y un interesante resumen de una mesa redonda sobre la muerte y la enfermedad publicada en la revista *Foc Nou*.

### Experiencias

La segunda parte de la Asamblea consistió en la presentación de diferentes experiencias de personas relacionadas con el mundo de la salud. Un cristiano que había pasado por el trance de una grave enfermedad en un centro hospitalario expuso lo que significó para él la separación de sus centros de interés (familia, trabajo, barrio) y cómo la enfermedad le obligó a tomar una actitud nueva frente a la vida. Hizo hincapié en la dificultad de comunicación que lleva consigo la enfermedad y cómo él reaccionó para no quedar marginado: leyendo, reflexionando, proyectando su futuro. Remarcó de un modo especial el hecho de haberse encontrado con una vida y actividad renovadas una vez recuperado de la enfermedad.

Se leyó también el testimonio de una madre de familia que en el transcurso de una enfermedad que le llevó a la muerte fue creciendo en la fe, de la que antes había vivido alejada, gracias a la ayuda de algunas personas amigas.

Una ATS explicó a continuación sus vivencias en un Ambulatorio de la Seguridad Social donde se atendían de 120 a 140 personas a la hora. No interesa el nombre sino el número. En estas circunstancias se cometen necesariamente errores y los mismos pacientes, a veces, ponen en peligro su salud por falta de información y formación adecuadas. La gente del barrio tiene un nivel bajo de cultura, contándose entre ellos muchos analfabetos. La ATS tiene que actuar, pues, de Asistente Social y de Maestra para ayudar a aquellas personas.

La parroquia de Jesús, María y José quiso aportar también su testimonio: Afirmaron su deseo de descubrir a Cristo en los enfermos. De ahí que los visitan, los acompañan y les ayudan, siempre que es necesario, a descubrir el sentido cristiano de la muerte.

Finalmente estaba prevista la experiencia de un minusválido que no pudo ser aportada. Sin embargo, la problemática de estas personas puede deducirse fácilmente de las preguntas que se hicieron en otro grupo: ¿Por qué el minusválido encuentra dificultades ya en la escuela? ¿Por qué es marginado en el trabajo? ¿Por qué encuentra tantos obstáculos en la vida normal? ¿Cómo reaccionamos nosotros ante toda esta problemática?

# 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 autópsias. 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

**Su libreta  
o talonario de "la Caixa"  
es dinero al instante  
en toda Catalunya,  
Baleares y Madrid.**

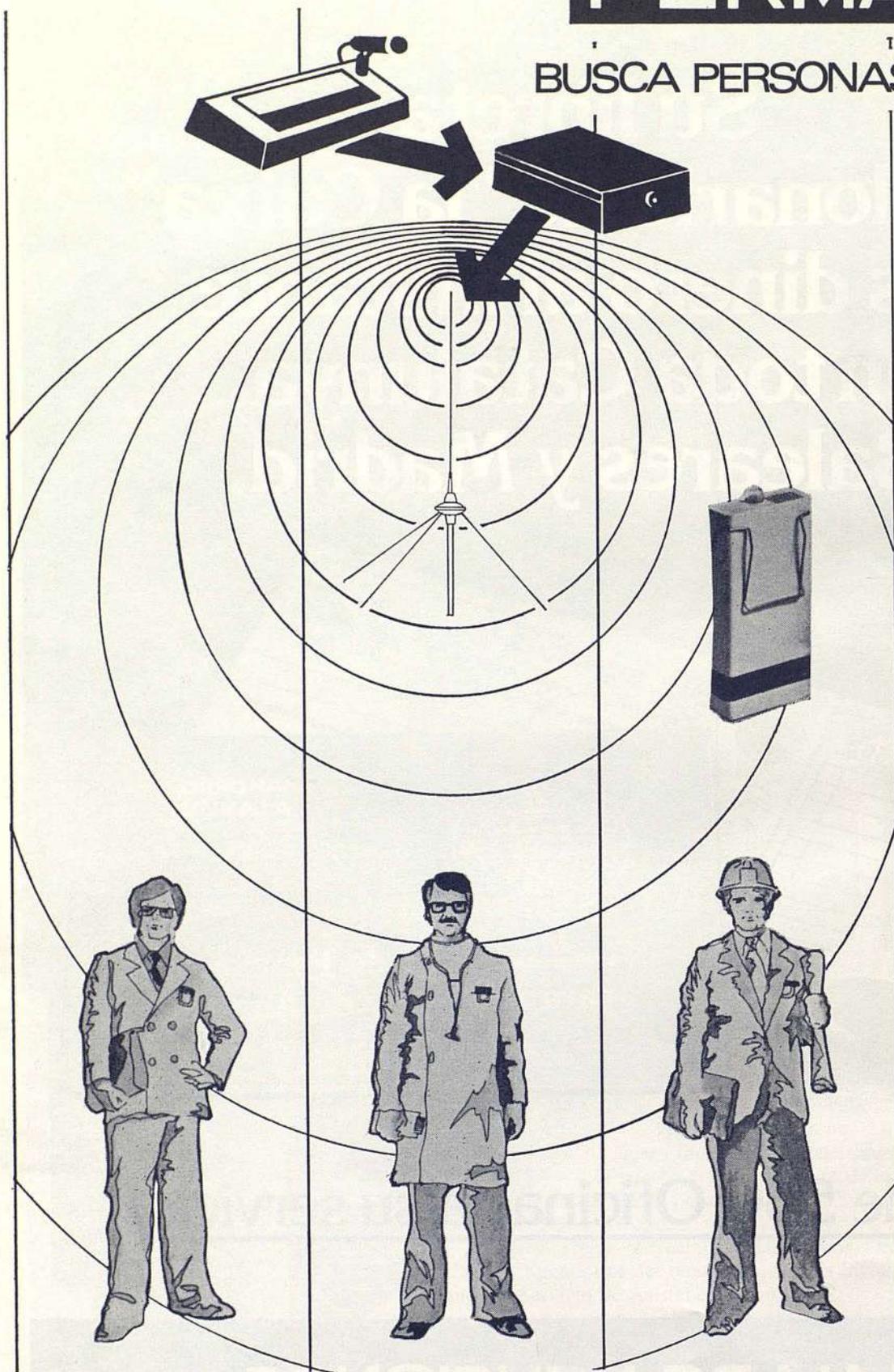


Más de 550 Oficinas a su servicio.

**CAJA DE PENSIONES  
"la Caixa"**

# FERMAX BP

## BUSCA PERSONAS POR RADIO



**Los mejores  
equipos  
para:**

- TELEFONIA INTERIOR
- INTERCOMUNICACION
- RADIOTELEFONOS
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO
- ALARMAS
- PORTERO ELECTRONICO
- VIDEO PORTERO
- EQUIPOS ELECTRONICOS PARA NAUTICA
- PLACAS SOLARES
- EQUIPOS ESPECIALES PARA CENTROS MEDICOS HOSPITALES Y CLINICAS

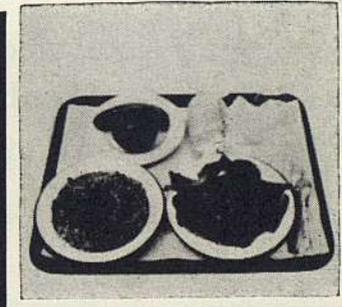
**PIHERNZ  
FERMAX**

Avda. José Antonio, 423  
Tels. 223 72 00 - 224 05 97 - Barcelona 15

# ESTAMOS ESPECIALIZADOS EN ALIMENTACION HOSPITALARIA



Hostelera Ibérica, s.a.  
División Hospitales



De todos los servicios centrales, ninguno tiene tanta incidencia en el proceso clínico como el de alimentación, ni es tan complejo ni depende de tantos elementos.

Nos hemos dedicado a estudiar profundamente el tema, hemos tecnificado las cocinas, investigando sobre que, cuanto, como y cuando debe comer cada enfermo durante la estancia, vigilando la adecuación de las dietas, las incompatibilidades con la medicación que recibe y cuidando la variedad de los menús y su presentación, para que sean lo más agradables posible.

En Hostelera Ibérica, S. A. hemos desarrollado una concepción de la alimentación hospitalaria, que estamos aplicando ya en varios hospitales de España, que se adapta al concepto global de Asistencia Sanitaria actualmente en vigor.

Y seguimos investigando para que en cada centro exista un modelo de funcionamiento que se adapte a cada circunstancia concreta, a las patologías tratadas, a los usos y costumbres del lugar de enclavamiento, etc.

No hemos descuidado los costes, que inciden en porcentajes elevados en el precio de la estancia, y que puede presentar elevadas diferencias con los presupuestos. Hemos desmenuzado estos costes, y hemos conseguido estabilizarlos. Hostelera Ibérica, S. A. agiliza y facilita la gestión de los Hospitales. Queremos como Vds. mejorar la Sanidad y somos muy exigentes con nosotros mismos.



## Hostelera Ibérica, s.a.

Breda, 3 y 5  
Tels. (93) 250 48 87-250 48 86  
Barcelona-29

Francisco Vitoria, 10  
Tel. (976) 22 62 80  
Zaragoza

Alameda Recalde, 8  
Tels. (94) 423 44 15-423 00 32  
Bilbao-9

Capitán Haya, 56  
Tel. (91) 270 50 93  
Madrid



# **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

# Fagor Industrial

en hostelería, frío y lavandería  
tiene mucho que "enseñar".



Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)



**FAGOR INDUSTRIAL**

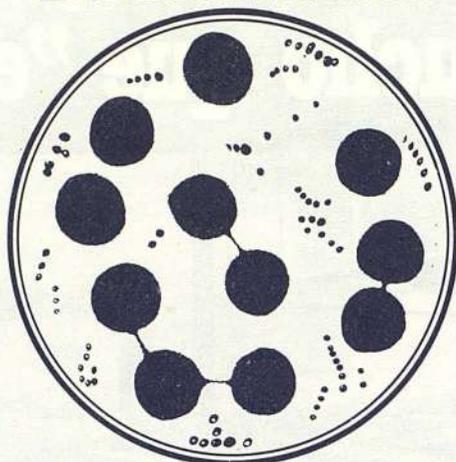
La más completa gama de aparatos para cocinas,  
lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)

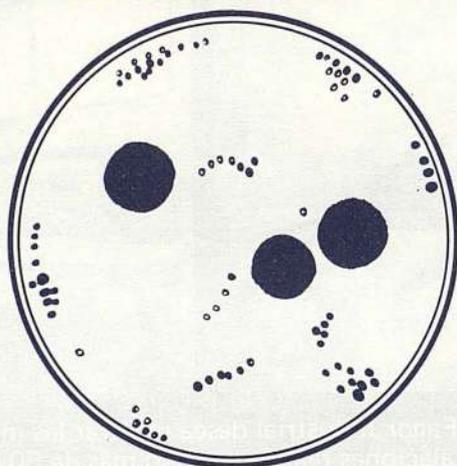
Teléfonos: (943) 78 01 51 — 09 00 — 09 90

Delegaciones, representaciones y asistencia técnica  
en toda España

**Nivel de  
Contaminación  
bacteriana**



**Reducción  
70 a 95%  
de colonias por placa**



**Decontaminación  
obtenida mediante nuestro  
servicio diario de  
Limpieza  
hospitalaria**

**SAEL**

S. A. de Entretenimiento  
y Limpieza.



Enna, 157-Telf. 309 25 16\* - BARCELONA-5



**INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM**

Dinamarca  
Alemania F  
Austria  
Bélgica  
España

Finlandia  
Francia  
Grecia  
Holanda  
Inglaterra

Noruega  
Suecia  
Suiza  
Australia  
Brasil

# INDICE GENERAL/79

## LH OPINA

- La muerte y los moribundos, 8
- La sanidad tarea de todos, 84
- Razón de la existencia de hospitales infantiles, 140
- La pastoral del mundo de los enfermos, hoy, 196

## ORGANIZACION DE HOSPITALES

- Reflexiones en torno a la política sanitaria, 86
- El desmantelamiento del hospital psiquiátrico, 92
- La responsabilidad social de la empresa y sus directivos, 97
- La asistencia médica en régimen ambulatorio en pediatría, 142
- Organización de la asistencia pediátrica urgente, 151
- Del plan general de contabilidad al análisis de balances en los hospitales, 154
- Muerte digna del hombre y muerte cristiana, 198
- Labor del trabajador social dentro del campo psiquiátrico, 205
- Dirigir es una profesión, 207

## PASTORAL HOSPITALARIA

- Acercamiento al moribundo, 10
- La muerte en nuestra sociedad moderna, 15
- El moribundo frente a su propia muerte, 22
- Sentido teológico de la muerte, 30
- Actitud del creyente y aspectos pastorales ante la muerte, 38
- Eutanasia y Distanasia, 46
- Comunicaciones, 18, 25, 35, 41
- Situación del enfermo canceroso, 107
- Inserción de la pastoral de salud en la pastoral de conjunto, 165
- El enfermo, miembro de la comunidad, 170
- La actividad social y pastoral en el campo sanitario, 216
- Evangelización de los enfermos desde el documento de Puebla, 219

*Juan Pablo II y los enfermos*, 112, 122, 175, 226

## ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- Entrevista con Rosalía Rodríguez, 104
- Principios aplicables a la administración moderna de enfermería, 158
- Responsabilidad de los profesionales de enfermería, 210

## NOTICARIO

### Hospitales

- Ayuda a los enfermos más necesitados, 119
- Estatutos Instituto San Juan de Dios, 119
- Pensando en la celebración del día del enfermo en España, 121

- La huelga en hospitales, 121
- I Symposium nacional de enfermería pediátrica, 178
- Cursillo sobre los derechos del enfermo, 178
- Los voluntarios del Hospital San Juan de Dios, 179
- Albergue San Juan de Dios, 180, 229
- Labor Hospitalaria y las Hijas de la Caridad, 181
- Cursos y jornadas: San Baudilio, 230; Madrid, 231; Tlalpan, 232; Premio Laude, 233; Teresa de Calcuta, 233; Trasplante, 233

### Pastoral

- Sí a la vida, 62
- Morir: cuándo y cómo, 63
- Meditación sobre el dolor, 64
- ¿Somos libres para morir?, 65
- Importancia del sacramento de los enfermos, 66
- Los niños ante la muerte, 66
- 35.000 niños mueren cada día, 67
- Simposio, 68
- ¿Ayudar a morir?, 68
- Un gran honor para los hermanos de san Juan de Dios, 122
- Nota pastoral del episcopado portugués sobre el aborto, 122
- San Juan de Dios declarado patrón de los enfermos, enfermeros y hospitales, 123
- Presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la salud, 124
- La pastoral sanitaria: un tema para la historia, 182
- Resultados de las II Jornadas de Sanidad, 183
- Seminarios y cursillos, 184
- Productos abortivos, 185
- Congreso Mariano en Zaragoza, 235
- Encuentros de Pastoral: Irlanda, 235; Austria, 236; Barcelona, 237

*Bibliografía y revista de revistas*, 69

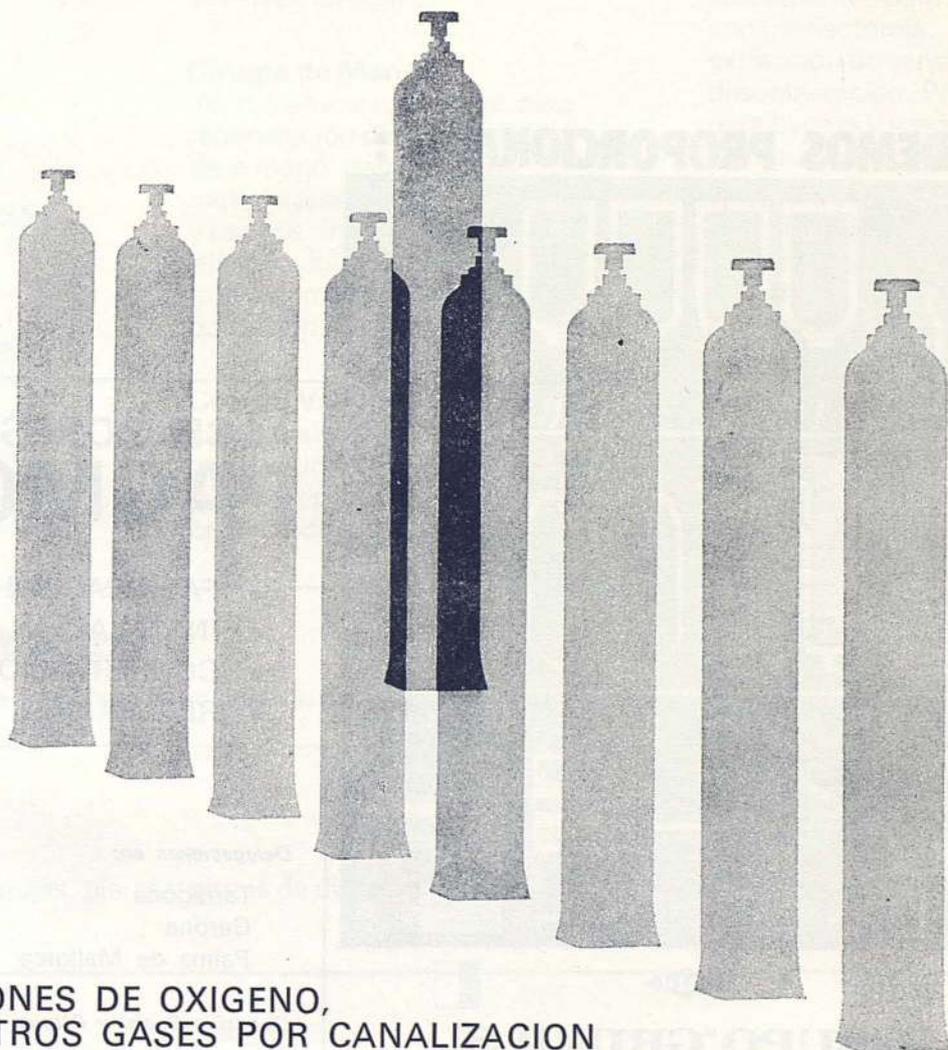
## FOTOGRAFADOS

- San Juan de Dios, 9, 123
- Juan Pablo II, 112, 122, 197, 216
- Año internacional del niño, 141
- Grabado pediátrico, 143
- Cursillo del Derechos del Enfermo, 178
- Excursión al Montseny, 180
- Grupo de hospitalarios europeos reunidos en España, 182
- Comisión Internacional con el hermano General, 183
- Inauguración del albergue, 229
- Carlos Ruiz Ogara, 230
- Cursillistas de Madrid, 231
- Hermanos y médicos de Tlalpan, 232
- Premio Laude, 233
- Madre Teresa de Calcuta, 233
- Sello Virgen del Pilar, 235
- Cardenal de Barcelona, 238



# OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia  
en el campo de la oxigenoterapia  
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,  
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)  
Enamorados, 136  
Teléfono \*225 82 60

MADRID (4)  
Amador de los Rios, 1  
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)  
Baltasar Gracián, 7  
Teléfono \*25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

# MT clima y aire s. a.

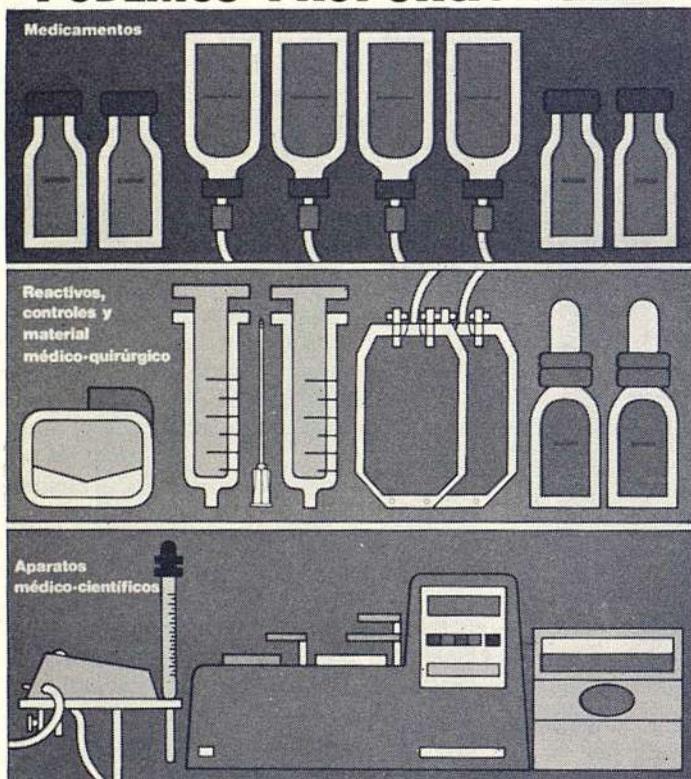
OFICINA TECNICA  
DE INGENIERIA

PROYECTOS E INSTALACIONES  
DE REFRIGERACION Y AIRE  
ACONDICIONADO, PARA LA  
INDUSTRIA Y EL CONFORT

Rocafort, 252-254, entresuelo  
Tel. 321 46 62  
BARCELONA - 29

Parque de la Colina  
Bloque A, local 1  
Tel. 416 81 00  
Madrid - 27

## PODEMOS PROPORCIONARLE:



### GRUPO "GRIFOLS"

Jesús y María, 6 - Tel. 247 42 08  
Barcelona - 22

## ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

*Delegaciones en:*

Tarragona  
Gerona  
Palma de Mallorca

*Domicilio Social y Fábrica en:*

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96  
LLISSÀ DE VALL

*Oficinas*

Villarroel, 144 - Teléf. 254 14 07  
BARCELONA 11

# INSTRUMENTAL MEDICO, S.A.

Córcega, 242 - Teléfono 218 72 44 - Barcelona-36  
**Exclusivas de material quirúrgico**



## Heinr. C. Ulrich



### **Diagnóstica de Rayos X**

Instrumental para exposición angiográfica de órganos y vasos centrales y periféricos, para aortografía directa y selectiva.

### **Cirugía del Corazón**

Instrumentos para operación de ductus arteriosos, de estenosis pulmonares y mitrales, defectos en el septum, para revascularización. Aparatos para circulación sanguínea extracorporal.

### **Cirugía del Tórax**

Toracotomía, resecciones parciales

bronquioplastia, operaciones esofacales, hiatus y hernias toracales.

### **Cirugía de Manos**

Instrumentos especiales para regeneración de la función de la mano; para falanges, metacarpios, tendones, vasos y nervios. Implantes de silástico, lupa iluminada, tablillas, mesa para operación de la mano.

### **Cirugía Vascular**

Instrumentos para microcirugía y cirugía vascular, pinzas especiales con mandíbula atraumática

para toda clase de anastomosis, instrumentos para endarteriectomía, extracción de venas, desobliteración. Prótesis para bypass y vasos de repuesto.

### **Cirugía Laparatomía**

Instrumentos para cirugía abdominal, resecciones estomacales e intestinales, anastomosis jejunales y esofacales, várices esofacales, colangiometría, operaciones biliares, hepáticas y rectales.

---

## **ZIMMER Great Britain**

Prótesis totales de cadera, hombro, codo, rodilla, dedos y metacarpios.

---

## **CHR. DIENER**

Instrumental general.

DIENER Spezial: Porta-agujas, tijeras y pinzas de disección con boca de metal WIDIA, con 3 años de garantía.

---

## **F.L. FISCHER**

Instrumental para microcirugía, neurocirugía, otorrino y oftalmología.

---

## **STORZ USA**

Instrumental y aparatos de oftalmología.

Instrumental de otorrino.

Instrumental de cirugía plástica.

Instrumental de mano, microcirugía, torácica, general y neurocirugía.

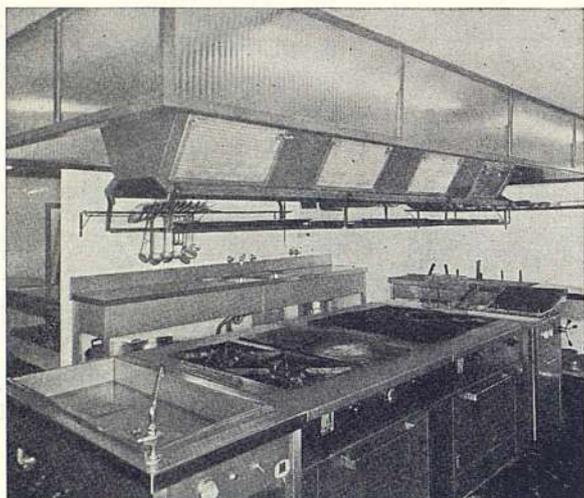
---

# HOSTELERIA

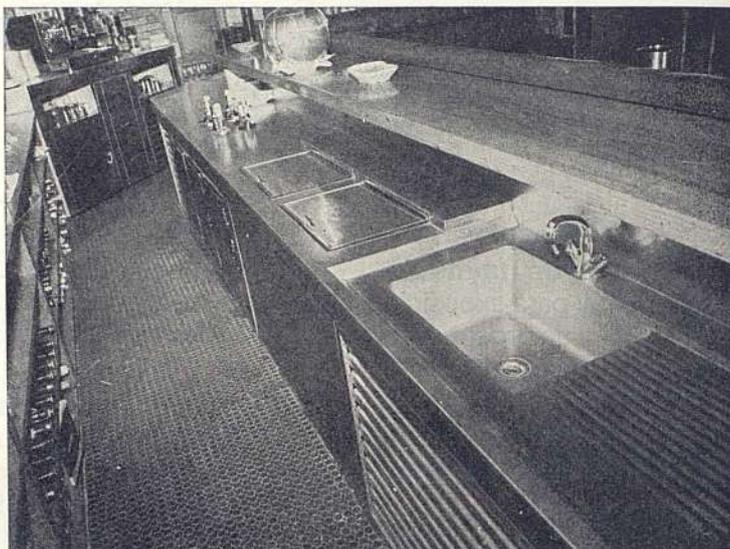
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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*



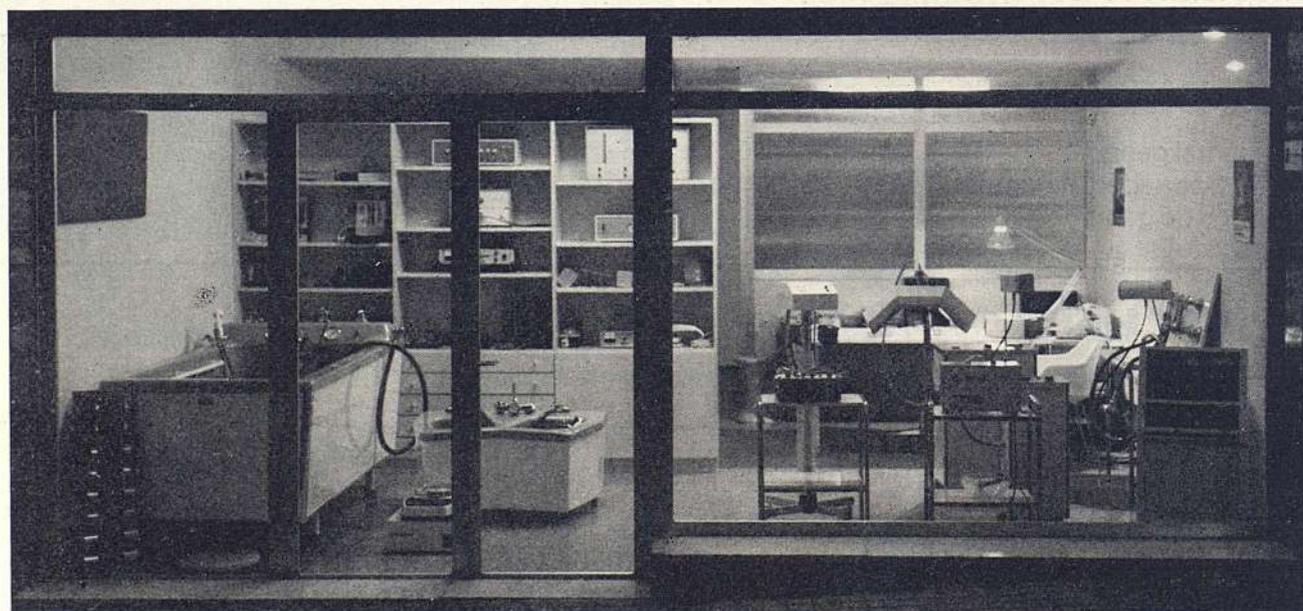
**Antonio Matachana, s.a.**

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



## APARATOS DE MEDICINA FISICA

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



**INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION  
ADiestRAMIENTO DE PERSONAL**



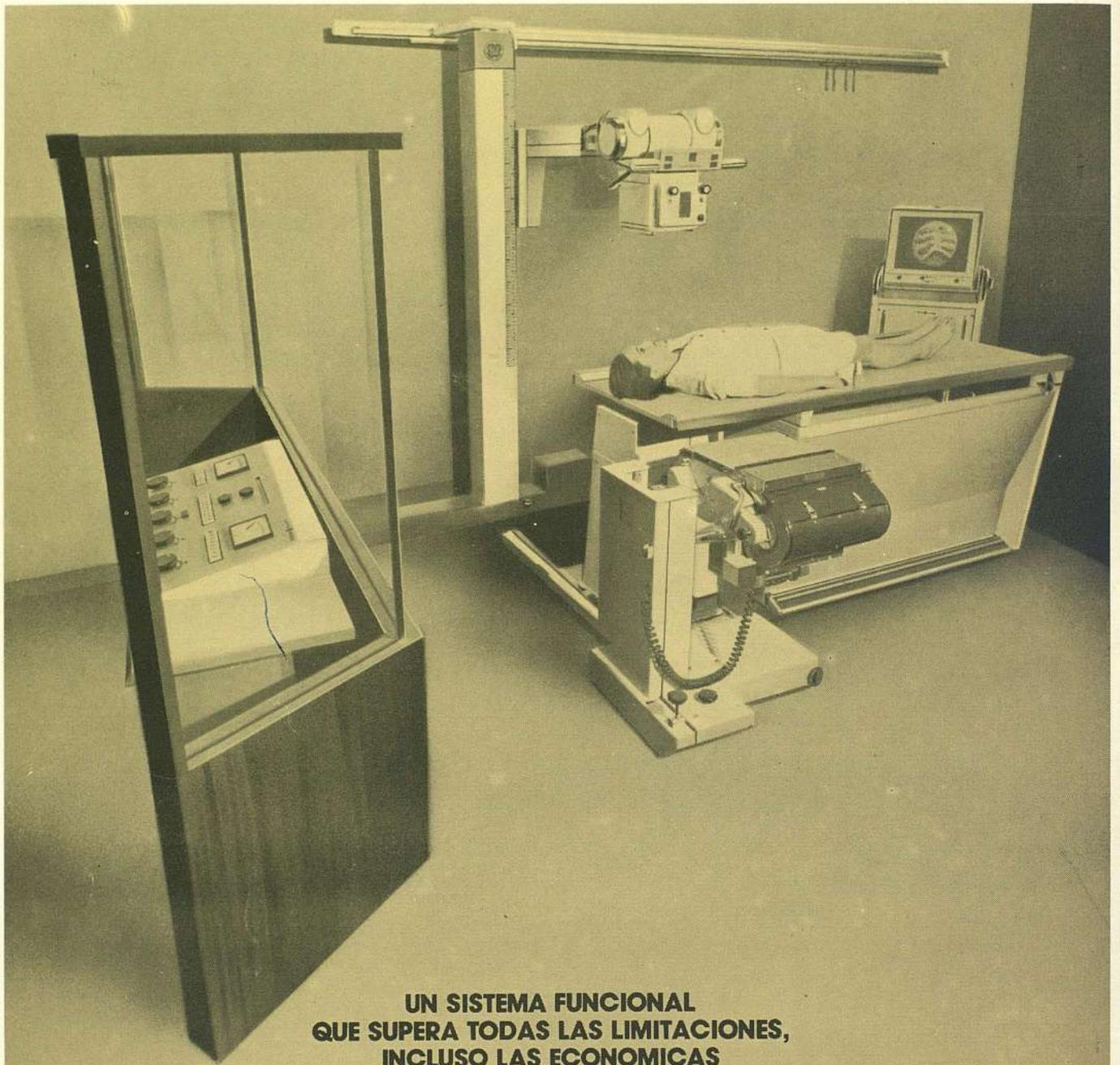
SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

# 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



**UN SISTEMA FUNCIONAL  
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,  
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

## **SISTEMA VASCULAR "S"**

Una unidad de trabajo que pone  
en sus manos la posibilidad de incluir,  
en su gabinete radiológico, un área hasta ahora  
excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo  
no era otro que el económico.

Póngase en contacto con General Eléctrica Española,  
y verá cómo este problema lo ve de distinta  
forma que hasta ahora.



**Tecnología Española al Servicio de la Salud**