

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 34. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1982
Número 183. Volumen XIV

Director

ANGEL M.º RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

Amado Palou. Cecilio Eseverri.
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.
Alfonso Mendioroz.
José M.º Sostres. José Sarrió.
Miguel Martín

Administración, Publicidad y Distribución

José Esteve

Dirección

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
Barcelona 34

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

Sumario

LH OPINA

- 9 NECESIDAD DE LA HUMANIZACION
DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 10 DERECHO AL VIENTRE
Por José M.º Ferré
- 14 RESPUESTA DE LA COMUNIDAD
A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL
Por Guillermo Calderón
- 21 HAGAMOS MAS VALIDOS A LOS MINUSVALIDOS
- 22 SANTA TERESA PRECURSORA EN MEDICINA
Por Rafael Martínez San Pedro

PASTORAL HOSPITALARIA

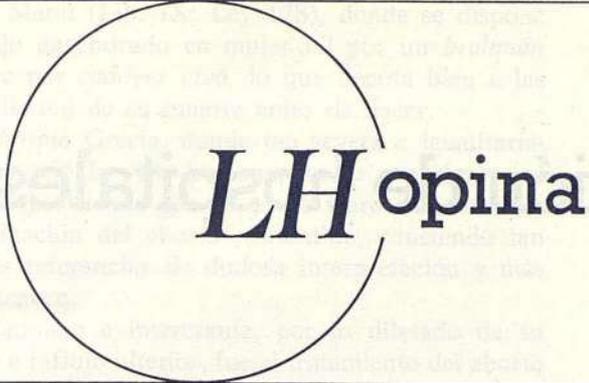
- 29 MISION EVANGELIZADORA DE LA IGLESIA
EN EL CAMPO SANITARIO
Por Monseñor Florencio Angelini
- 33 LA PASTORAL SANITARIA,
RESPONSABILIDAD DE TODO EL PUEBLO DE DIOS
- 38 EL PUEBLO DE DIOS Y SU MISION ANTE EL ENFERMO

NOTICIARIO

- 43 HOSPITALES
- 44 PASTORAL
- 46 REVISTA DE REVISTAS
- 47 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.18



LH opina

NECESIDAD DE LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE

Vuelve a ponerse el acento en las publicaciones y acciones asistenciales y hospitalarias en la necesidad de la humanización de la asistencia al paciente.

Tema para nosotros sumamente atrayente pues consideramos que la esencia de la asistencia al enfermo está en las relaciones humanas de dos personas: el paciente y quien lo cuida. La sintonía entre ambos logra el más elevado porcentaje en la participación de la curación.

Ahora bien, se ha querido contraponer dos términos hoy día inseparables y ambos contribuyentes a la asistencia: técnica y humanismo. Y se ha llegado a culpar a la técnica de la deshumanización y al trato humano de la falta de desarrollo técnico de ciertas instituciones.

Nada más lejos de la verdad. La técnica es un medio de la asistencia. Sin técnica no puede ser asistido un enfermo, todo lo más será consolado. Sin humanidad en las relaciones de los dos seres, la técnica deja de ser tal y pasa a ser un mero accidente en el curso de la curación.

Si humanización comprende a todo lo que se refiere a las relaciones con el enfermo para apoyarle en sus angustias e inquietudes y proporcionarle la máxima serenidad y reposo en su lucha contra la enfermedad, la humanización habrá de abarcar desde el ambiente que rodea al paciente hasta la información precisa sobre el personal que lo asiste pasando por las relaciones interpersonales entre el equipo de personas que se cuidan de él, la simplificación de los trámites, el acortamiento de las esperas y la suficiente información sobre el diagnóstico, curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad así como los medios empleados para combatirla.

La humanización, en suma, no es sólo el confort que rodea al enfermo, sino, sobre todo, la seguridad que en todo momento adquiere el paciente de estar atendido por un equipo eficiente que se preocupa realmente de su problema.

En una serie de artículos de este año, LABOR HOSPITALARIA va a intentar poner el acento en este aspecto de la asistencia que ha sufrido olvidos por causa de la masificación, de la despersonalización de los sanitarios, de la burocratización y de la excesiva preocupación por la automatización en la asistencia.

Organización de hospitales

DERECHO AL VIENTRE

CUESTION PREVIA

Todos los delitos contra la realidad física de las personas tienen como objeto material y jurídico la vida humana individual, en su genuina categoría civil y biológica de *persona*. En el aborto, en cambio, surge una primera cuestión en torno al objeto y al bien jurídico o interés protegido que afecta la verdadera naturaleza jurídica de la infracción. Bien que biológica y jurídicamente hablando se trate en ella de un atentado contra la vida humana, no lo es contra la persona, puesto que el feto no ostenta indudablemente tal cualidad, siendo un ser concebido pero no nacido, una esperanza, *spes hominis*, según el término consagrado. Tan obvia consideración es susceptible de las consecuencias más diversas, que a veces rebasan el clásico marco de la delincuencia homicida, no ya sólo reclamando plena sustantividad con perfiles autónomos más marcados e indiscutibles que en ninguna otra, sino en fundamentales aspectos político-criminales que afectan incluso a la procedencia de su punibilidad. Este problematismo fundamental y las innumerables facetas que el tema del aborto entraña desde lo teológico a lo médico legal, pasando por lo sentimental y literario, hace que ningún otro del Derecho Penal lo aventaje en riqueza bibliográfica ni, por supuesto, en apasionamiento polémico y diversidad de tratamiento legislativo. A este aspecto, vamos a intentar nuestro esfuerzo como un primer paso de un estudio más amplio en el profundo contexto de la idea familiar.

BREVE SINTESIS HISTORICA

Es Quintano Ripollés¹ quien señala la radical separación existente entre las concepciones paganas y cristianas, hasta el punto de poderse afirmar, en cierto sentido, que la incriminación plena del aborto, sobre todo en sus formas consensuales, es obra de la ideología del Cristianismo. Pues si bien no faltan en el Derecho antiguo y aun en el antiquísimo, como en el propio Código de Hammurabi (arts. 209 y 212), preceptos castigando maniobras abortivas, ello es siempre sobre el presupuesto de lesión a la persona de la mujer y más frecuentemente aún, a los intereses del marido, defraudado en su descendencia, sin considerarse supuestos de disposición personal del fruto de la concepción por parte de éste². Incluso en el Derecho Hebreo, donde la infracción vulnera en toda evidencia el mandato divino del «creced y multiplicaos», la Biblia no contiene otra disposición penal que la referida al aborto ajeno, de golpear a la mujer encinta, sancionada con la pena de Talión si ella muere, y en otro caso, con «el pago de lo que el marido quiera» (Exodo XXI, 22); lo que parece sugerir una cierta disponibilidad paterna en la gestación de la prole, muy de acuerdo con las ideas jurídicas antiguas, aun las más progresivas. En la que no lo son tanto, con las de la India, las sanciones que se refieren al aborto en los Vedas (Vasishta, XXI, 9 y XXVIII, 7), hacen mérito, más que al examen en sí, a las consecuencias derivadas para la salvaguardia de la pureza de castas. Otro tanto puede decirse de las

Leyes de Manú (Lib. IX, Ley 178), donde se dispone que el hijo engendrado en mujer *vil* por un *brahmán* se le tiene por *cadáver vivo*, lo que denota bien a las claras la licitud de su muerte antes de nacer.

En la propia Grecia, donde tan severa e igualitariamente se tuteló la vida humana, no se conocieron, al parecer, disposiciones que de modo claro se refieran a la incriminación del aborto consentido, constando tan sólo vagas referencias de dudosa interpretación y más dudoso alcance.

Más complejo e interesante, por lo dilatado de su evolución e influjo ulterior, fue el tratamiento del aborto en Roma. Aunque no cambió en lo esencial el criterio impunista heredado del pensamiento helénico, a través del estoicismo sobre todo, mantenedor de la tesis del feto como víscera³, el profundo sentido jurídico romano introdujo tempranamente en ella matices diferenciales de suma importancia, aun antes de la decisiva aportación del Cristianismo. Tal fue, principalmente, la trascendental doctrina de los derechos atribuidos al *nasciturus* para todo lo que le resultare favorable, que generalmente se considera aportación del Derecho pretorio en la época clásica.

Con el advenimiento del Cristianismo cambia radicalmente la actitud frente al aborto, primero, en el pensamiento, y, algo más tarde, en las leyes. Su licitud respecto al consentido o realizado por el padre, ya no tenía razón de ser, al denegarse a éste el tradicional bárbaro señorío sobre la vida de los hijos nacidos o *in fieri*, por ser Dios sólo el titular del *ius vitae necisque*.

Las leyes bárbaras, aunque generalmente más dóciles a las enseñanzas eclesiásticas que las imperiales romanas, por no pesar sobre ellas el glorioso y rotundo legado clásico, adoptaron en el asunto del aborto, quizás también por ello, la más abigarrada variedad, que va desde la extremada benevolencia de las Longobardas (Edicto Rorhari), hasta la excepcional dureza de las de Francia, donde la pena de muerte era práctica general, incluso sin atender a las habituales distinciones teológicas entre fetos animados e inanimados, por lo que es de sospechar en tanto rigor, más bien un propósito político-demográfico que una pura preocupación moral.

El movimiento reformista de la Ilustración, que tan decisivo papel desempeña en la revisión de los conceptos morales y jurídicos del infanticidio, propugnando su singularidad y atenuación, descuida un tanto el tema tan afín del aborto, quizás porque este delito no se caracteriza necesariamente, como aquél, por la motivación ético-psicológica de la honra que es tan sólo una variedad del tipo.

En la historia del Derecho penal español, no se registra en los más antiguos textos la tesis agustiniana de discriminación entre el feto animado o no, triunfando plenamente la rigorista de Tertuliano de plena identidad en las disposiciones de los Concilios de Gerona y Lérida, y que llega hasta los Fueros municipales medievales, de lo que son ejemplo los de Cuenca, Zorita y Plasencia.

Cierra el largo y variado ciclo histórico legal español de tratamiento del aborto la Ley para la protección de la natalidad, de 24 de enero de 1941, de naturaleza mixta, penal y administrativa, que en tantos aspectos trastorna las concepciones jurídico-penales de nuestro Derecho, sobre todo en materia de culpabilidad, al consagrar responsabilidades objetivas y formas de delito imposible que, por incuria legislativa, pasaron y se mantienen en el Código Penal desgraciadamente vigente.

TEORIAS SOBRE LA IMPUNIDAD

Hace ya un siglo que un juez francés levantó argumentos contra el castigo del aborto. Los alegatos de Spiral van transidos del gusto de la época y hoy serían difícilmente mantenibles como técnica jurídica. El miedo a la deshonra, el derecho de la mujer a deshacerse de un feto que no está aún separado de ella y que constituye una porción de su cuerpo, han de ser invocados con menos declamación y con más exactitud para que logren persuadir⁴, por eso fueron los literatos quienes más efectos extrajeron del epísculo de Spiral. Ya en la centuria que corre, revive en Francia la teoría favorable a la impunidad del aborto, que el doctor Klotz-Forest apoya en que el feto no es una persona, y en que las prácticas anticonceptivas no pueden ser perseguidas⁵.

Pero es en Alemania donde se cala más a fondo al esclarecer el asunto. Von Liszt, partiendo de la concepción tedesca de que el delito es un ataque a un *buen jurídico*, niega que el feto sea persona y, por tanto, sujeto capaz de ostentar intereses protegidos en Derecho⁶. Igual punto de arranque toma Radbruch, más explícito y mejor orientado todavía. Tras negar que la vida del embrión humano constituye un bien jurídico individual, afirma que es «un bien jurídico de la comunidad, en el que la vida del feto no representa ciertamente un interés ético y familiar, como se ha querido, sino un interés demográfico». Ahora bien, si esta justificación del castigo del aborto por intereses repobladores fuera algo más que un nuevo pretexto dictado por el temor de innovaciones, debiera mostrarse con suficiente vigor, no sólo para mantener el estado actual punitivo, sino para crear menos preceptos que de esos intereses se deducen con la misma necesidad lógica: la punición de la esterilidad y del empleo de medios anticonceptivos⁷. Pero si nos espantamos ante estas consecuencias, tendremos que confesarnos que la premisa descansa en una ficción, y sería oportuno meditar si no pesan más que los respetos a lo tradicional los escrúpulos contra una penalidad, que no sólo se manifiesta impotente en innumerables casos respecto a los delitos que sanciona, sino que puede llegar a ser instrumento de otras infracciones, como la estafa o la extorsión.

En lengua castellana se postuló la impunidad del aborto por el doctor uruguayo Miguel Becerro de Ben-

goa, que vio en él la única *tabla de salvación* de la mujer soltera embarazada⁸.

En la actualidad, y marginando movimientos feministas no siempre esclarecidos en sus motivaciones, y con el aborto admitido, aunque con limitaciones en el tiempo de gestación, por los códigos de los países occidentales, podemos ya plantearnos en profundidad las motivaciones sociológicas que claman por su impunidad en una cuádruple distinción:

- Aborto justificado por necesidad.
- Aborto legitimado por fines eugenésicos.
- Aborto impune por causas sentimentales.
- Aborto autorizado con miras neomalthusianas.

EL ABORTO POR NECESIDAD

Una de las situaciones de «necesidad resuelta por un tercero» es el aborto terapéutico. Cuando una mujer grávida se halla aquejada de una dolencia incompatible con el embarazo, el médico puede interrumpirle sus responsabilidades, ya que estos casos, conocidos técnicamente con el título de «estado de necesidad», constituyen una causa justificante, que se define diciendo: situación de peligro actual de los intereses protegidos por el Derecho, en la que no queda otro remedio que la violación de los intereses de otro jurídicamente protegidos⁹.

La estimativa de la vida del niño y de la madre se presenta con poca urgencia en los abortos propiamente dichos; pero adquiere mayores proporciones polémicas en los abortos en sentido lato, que comprenden incluso los casos de destrucción del feto próximo a nacer o en trance de abandonar el claustro materno (embriotomía), puesto que en estas hipótesis avanzadas el hijo ya vive como persona y está presto a tener independencia del cuerpo de la madre.

Los juristas vienen debatiendo desde hace tiempo el caso de la embriotomía planteándolo así: el médico se halla en presencia de un embarazo peligroso llegado a su término con un parto arriesgado, que no se verifica según las reglas naturales: La vida de la madre y la del niño están en peligro. ¿Qué debe hacerse? ¿Embriotomía, cesárea?

La Iglesia se preocupó de un modo detenido de estos problemas. El primer argumento cristiano, históricamente hablando, es puramente doctrinal: La madre está bautizada; el feto no lo está. Por eso la muerte de la primera, purificada de pecado de origen, debe preferirse a la del segundo, que iría a engrosar el rebaño errante del Limbo, excluido del Reino de Dios. En la actualidad, ni los más convencidos integristas mantienen tal argumento ya que, además de que el Limbo ha desaparecido del ensueño católico, como dijo Marchand¹⁰, es posible hacer llegar hasta el feto, antes de la embriotomía unas pocas gotas de agua bendita, suficientes para el bautismo, y, en el caso de que esto no fuera posible,

se podría acudir al sacramento sobre el vientre de la madre, cuya eficacia se reconoce, por lo general, en caso de necesidad urgente. El otro argumento se apoya en la frase de san Pablo: «No es preciso hacer un mal para que resulte un bien». Este principio, que incluso se opone a la legítima defensa, pudo explicarse cuando se trataba de fortificar, ante las persecuciones contra la religión, una virtud heroica, pero es de nula eficacia cuando lo que se procura es crear leyes sociales.

Más sólidos son los argumentos de los autores laicos: «En este caso hay un conflicto de bienes, claramente determinado, entre la existencia de la madre y la del niño. Una de las vidas debe ser sacrificada en pro de la otra y como aquí se trata de un supuesto de necesidad propiamente dicha, el conflicto ha de ser resuelto por las leyes que gobiernan este problema».

En la actualidad estas discusiones no son tan vivas como hace años, pues los grandes progresos de la asepsia y de la ingeniería clínica hacen posibles, sin riesgos cuantificables, la operación cesárea, a la cual, y no a la embriotomía, acudirá el médico en el parto distócico en el ánimo de salvar ambas vidas.

EL ABORTO POR FINES EUGENESICOS

La interrupción del embarazo con miras eugenésicas persigue una recta finalidad: impedir el nacimiento de infelices seres tarados, con una enorme carga degenerativa que produce alteraciones en el embrión, ya no sólo cuando son malformaciones incompatibles con la vida, aneucefalia, hidrocefalia, etc., sino en aquéllas que como las focomelias, el síndrome de Down o el de Edwards, aceptan la compatibilidad.

En un momento en que el postmendelianismo ofrece menos horizontes biológicos, abriendo el camino a diagnosticar las malformaciones en el claustro materno, el jurista tiene que extremar el tacto en la calificación criminal de hechos que, por fin, se mueven hacia el alumbramiento de soluciones.

EL ABORTO POR CAUSAS SENTIMENTALES

Los motivos sentimentales, que nuestro Código tipifica enmarcados en la atenuación, o *causas sociales*, como prefiere llamarle Fernández Dávila, son los únicos que pueden alegarse para autorizar el aborto de mujer encinta por causa de una violación. En caso de interrupción del embarazo para librar a una mujer de los terribles recuerdos de un bárbaro atropello, hay una causa sentimental hasta noble, pero egoísta; es decir, personal¹¹. Los motivos sociales son los que enraizan en una etiología de intereses comunes, que en esta hipótesis parecen estar ausentes, de ahí que mantengamos el título del epígrafe.

Mas, cualquiera que sean los términos empleados para designarle, esta especie de aborto no transida de una

cuantiosa serie de motivos altamente respetables y significa el reconocimiento palmario del derecho de la mujer a una maternidad consciente. Es más, parece muy posible que hechos encuadrados en la tipología que estudiamos, hayan sido los auténticos provocadores de las innovaciones legislativas de carácter permisivo en la Europa de la postguerra, nos referimos, concretamente, a las violaciones en territorios ocupados o contra mujeres prisioneras, y el embarazo consecutivo de un hijo engendrado por los enemigos. En la turbia época de la guerra mundial ha adquirido este caso superlativa trascendencia. Los invasores alemanes cometieron numerosas violaciones en los países ocupados y, los casos, llegaron a los Tribunales de la Europa reconstruida, dándose el caso, en Francia, que sin ley amparadora, un Tribunal absolvió a una muchacha acusada de infanticidio que invocó en su defensa que el niño era hijo de nazi.

Sinceramente pensamos que no se pueden tratar con la misma norma los delitos de aborto e infanticidio. La madre que asesina a su hijo, en los primeros días de su vida, no puede equipararse a la mujer que interrumpe el embarazo para impedir que el feto llegue a término. Ni en la escala de moralidad, ni en la del estado peligroso, ocupan el mismo rango.

EL ABORTO POR FINES NEOMALTHUSIANOS

Lógicamente, este es el punto que genera más dudas y, en principio, es totalmente rechazable, puesto que el tener que recurrir al aborto una pareja sana como consecuencia de una mala planificación familiar o de su ausencia, tiene en sí, con independencia de las posiciones a favor o en contra, un algo de agresivo y brutal¹². Cuando se estudian estadísticas de países en que el aborto es legal, sorprende y preocupa un dato básico: Tratándose de países con divulgación popularizada de tipo anticonceptivo y centro de planificación familiar cada vez es más alto el número de abortos. Y de esto se deduce una única consecuencia: que allí donde el aborto se legaliza, se aumentan los casos por regresión en la aplicación de métodos anticonceptivos en función de la facilidad de la interrupción clínica.

La conclusión se impone. En pura teoría nadie puede estar a favor de la destrucción de algo que, sea persona o no, es el único inocente en las consecuencias del acto sexual. Sin embargo, la sociedad española, como cualquier otra, es algo vivo que busca soluciones reales a sus problemas y, desde este punto de vista, es fatalmente negativo el dato aportado por el médico inglés doctor T. Rutter en el congreso de Planificación Familiar organizado por la Xunta de Galicia (1981), en la que hacía un resumen sobre abortos producidos en Londres a 20.000 mujeres españolas. Abortos motivados en un 87 % por la defectuosa utilización de métodos anticonceptivos o por la ausencia de su uso.

BIBLIOGRAFIA

1. *Tratado de la parte especial del derecho penal*. Edit. Revista de Derecho Privado.
2. Las leyes sumeras anteriores a la HAMMURABI hacían una distinción en el mismo sentido de apenidad entre el aborto intencional y el provocado sobre la base común de la composición; las asirias, más severas, castigaron con la pena de empalamiento el aborto verificado sin el consentimiento del marido.
3. PLATÓN: *República*, pág. 401 y ARISTÓTELES: *Política VII*, 14, 10; en el pasaje aristotélico hay una oscura referencia a la sensibilidad y vida del feto que luego sirvió de pauta en la Edad Media a la distinción entre fetos animados e inanimados. Concepto que asimismo aparece en el fragmento del orador LYSIAS, de dudosa autenticidad.
4. *Essai d'une étude sur l'avortement*. Nancy 1882.
5. *L'avortement est-ce un crime?* Paris 1908.
6. *Die Kriminelle Fruchtabtreibung*. Zurich 1904.
7. *Abtreibung*. Berlín 1905.
8. *Gotas amargas: El aborto criminal y la ley: El Siglo Ilustrado* 1927.
9. JIMÉNEZ DE ASUA: *El estado de necesidad en materia penal*. Buenos Aires 1922.
10. *De l'état de nécessité en Droit Penal*. París 1912.
11. JIMÉNEZ DE ASUA: *Libertad de amar y derecho a morir*.
12. Conferencia del Dr. ARCE: *Simposium Dexeus* 1981.

JOSE M.^a FERRE MARTI

Abogado

Profesor de la Universidad de Barcelona

RESPUESTA DE LA COMUNIDAD A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL*

ANTECEDENTES

Después de que el autor de este artículo participó en siete cursos y seminarios viajeros de la OMS tuvo el honor de ser designado miembro de su panel de expertos en salud mental de 1973 a 1978, nombramiento que fue refrendado de 1978 a 1980 y de 1980 a 1982.

Habiendo servido a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante 30 años, en abril de 1974, solicitó su jubilación cuando tenía el cargo de director general de salud mental, puesto que ocupó 9 años durante los cuales promovió y realizó la llamada *Operación Castañeda*, mediante la cual se transformó totalmente el sistema de asistencia psiquiátrica de México, sustituyendo el viejo y obsoleto manicomio general por seis modernos hospitales psiquiátricos¹.

Considerando que el entrenamiento recibido durante los cursos y seminarios de la OMS, tenía por objetivo el motivar a determinadas personas a desarrollar programas adecuados de salud mental en sus propios países, decidió poner en marcha un programa de salud mental

* La elaboración de este proyecto y el desarrollo del programa, se realizó en asociación con la Organización Mundial de la Salud y los colaboradores de otros países en los que el proyecto se ha realizado.

El trabajo a que hace referencia esta publicación se basó en parte en el contrato número ADM 281-76-0028 con el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; Department of Health, Education and Welfare.

En México, el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental y la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, otorgaron ayuda económica y comisionaron personal durante tres años en apoyo del programa.

En este proyecto no se intenta proporcionar datos que sean representativos de los países correspondientes, sino sólo de las comunidades estudiadas. Es de esperarse, con base en estudios que deben desarrollarse en colaboración con las autoridades nacionales apropiadas y las propias comunidades, una respuesta más adecuada a los problemas relacionados con el uso de alcohol en esas áreas. Si estas respuestas pueden ser útiles a otras comunidades dentro de los países correspondientes o en otros países, será determinado por otras personas.

comunitaria, nuevo enfoque de la psiquiatría, que tenía por objeto el modificar los patrones tradicionales de la misma, con la finalidad de integrar los programas de salud mental a los de salud pública, dando énfasis especial a los aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La experiencia adquirida le había permitido conocer diferentes programas de salud mental comunitaria, con enfoques diferentes en los países socialistas y en los de alto desarrollo económico del mundo occidental²; en los primeros se contaba con un gran número de personal entrenado en el campo de la salud mental, y en los segundos se disponía de grandes recursos económicos para realizar esta difícil tarea.

Tomando en cuenta que en México no podría realizar un programa en estos términos por carecer de los elementos señalados, decidió fundar en octubre de 1974 como un programa piloto, el centro de salud mental comunitaria San Rafael, que debería funcionar *sin presupuesto propio*, tratando de lograr en su defecto una coordinación adecuada de los recursos que pudieran brindarle la iniciativa privada, las instituciones oficiales y los institutos de educación superior; los objetivos y metas del programa se pusieron en conocimiento de la Organización Mundial de la Salud³.

Habiéndose logrado resultados muy satisfactorios en este experimento, que fue considerado en un principio «como otra aventura romántica del doctor Calderón», en abril de 1976 se recibió la visita de la señora Joy Moser, científica de la división de salud mental de la OMS y posteriormente la del doctor Thomas Lambo, director general adjunto de la misma institución, quien en nuestro libro de visitantes distinguidos dejó anotados los siguientes conceptos.

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

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

El 20 de diciembre de 1976 el doctor H. Mahler director general de la OMS solicitó al gobierno de México a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores autorización para que el suscrito realizara en el centro de salud mental comunitaria San Rafael, la investigación *Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol*, como parte de una investigación internacional en la que también participarían Escocia y Zambia.

Después de recabar las autorizaciones pertinentes, el doctor Ramón Alvarez Gutiérrez, director general de asuntos internacionales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dirigió un escrito a la Secretaría de Relaciones Exteriores, contestando al requerimiento específico de dicha dependencia, que la SSA veía con beneplácito la designación del doctor Guillermo Calderón Narváez y del centro de salud mental comunitaria San Rafael para realizar esta investigación.

De septiembre de 1976, fecha en que se efectuó la primera reunión de trabajo en Ginebra, a diciembre de 1979 se realizó en el centro San Rafael la primera etapa del proyecto, durante la cual se terminó toda la investigación de campo y se inició el análisis de los datos obtenidos. De enero de 1980 a junio de 1981, el Instituto Mexicano de Psiquiatría terminó este análisis y redactó el documento final, que los días 6 y 7 de julio del mismo año fue presentado ante los representantes de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, en una reunión denominada *Las estrategias preventivas ante los problemas relacionados con el alcohol* que se efectuó en el mencionado instituto.

RECONOCIMIENTOS

Además de la amplia ayuda ya mencionada que se recibió del centro mexicano de estudios en salud mental y de la asociación de universidades e institutos de enseñanza superior, el centro de salud mental comunitaria San Rafael agradece la colaboración de la escuela nacional de enfermería y obstetricia de la universidad nacional autónoma de México, que durante tres años comisionó en el proyecto a una licenciada en sociología y enfermería, al doctor Ramón Alvarez Gutiérrez, director general de asuntos internacionales de la SSA quien patrocinó la tercera reunión de trabajo que se efectuó en México del 8 al 14 de octubre de 1977, a los doctores Salvador Zubirán, Mario Fuentes Delgado y Arturo García Cruz directores de los institutos y hospitales que colaboraron en el programa, a los doctores Miguel Bustamante y Rubén Vasconcelos que asesoraron el proyecto y participaron en la presentación de los

resultados preliminares en la academia nacional de medicina^{4, 5, 6} y a todos los maestros, pasantes y estudiantes de las diferentes universidades que contribuyeron a la realización de este programa.

OBJETIVOS

El programa se proponía promover y coordinar estudios de comunidades de diferentes patrones socioculturales en relación con las características, naturaleza y extensión de:

— Los patrones de bebida, los daños e incapacidad relacionados con el alcohol y sus repercusiones psicosociales.

— Las respuestas habituales, incluyendo las actividades de la comunidad hacia los bebedores, y la forma como estas comunidades en general o las instituciones específicas abordaban los problemas.

Las proposiciones que se iban a probar durante los tres años del estudio internacional eran:

— Que se podían desarrollar métodos y técnicas para un estudio coordinado, sobre la investigación de problemas relacionados con el alcohol, en comunidades con diferentes patrones socioculturales.

— Que por lo menos en las tres áreas de estudio, estos métodos podrían ser usados para conocer en forma detallada a la comunidad y cómo respondía a los problemas originados por el alcohol, vistas en una perspectiva del país en su totalidad.

— Que se podían iniciar estudios transculturales sobre la extensión y naturaleza de los problemas y las respuestas ya mencionadas.

— Que estos resultados podrían considerarse como el primer paso de un proyecto internacional a largo plazo, tendente a mejorar el conocimiento del problema y a promover un desarrollo de respuestas más adecuado.

ORGANIZACION DEL TRABAJO INTERNACIONAL

Todas las etapas del programa deberían ser discutidas cada seis meses en colaboración con el personal de la Oficina de Salud Mental (hoy División de Salud Mental) de la OMS y de un grupo de asesores, así como con los representantes de los países participantes en el estudio, con el objeto de que los resultados pudieran ser comparativos. Las reuniones de trabajo se efectuaron en Ginebra, Washington, México, Ginebra, Lusaka y Edimburgo.

En estas reuniones se fue evaluando cada etapa del proyecto con asesoría técnica muy calificada tanto a nivel internacional como de cada uno de los países par-

ticipantes, y al mismo tiempo permitió conocer las áreas de estudio seleccionadas y la posibilidad de colaborar con los equipos regionales de trabajo.

SELECCION DE LAS AREAS DE ESTUDIO

Se pensó que deberían participar en el proyecto un país con alto grado de desarrollo, uno con mínimo y otro con un estado de rápido cambio socioeconómico, en donde pudieran existir condiciones de bajo y muy alto nivel de desarrollo. Los países seleccionados fueron Escocia, Zambia y México.

INTEGRACION DE LOS EQUIPOS DE INVESTIGACION

— En cada país el equipo debería integrarse con un jefe de investigación, sociólogo, psicólogo o psiquiatra, con experiencia en problemas socioculturales, conocido en su país, aceptado por las autoridades, y con la posibilidad de dedicar del 20 al 80 por ciento de su tiempo a la investigación.

— Dos o más científicos investigadores (equivalentes por lo menos a dos de tiempo completo), con experiencia en técnicas de investigación, proceso de datos y análisis.

— Personal de oficina bilingüe.

En México el equipo de investigación básica fue multidisciplinario y estuvo integrado por el autor de este artículo como jefe de la investigación, la psicóloga Cristina Suárez de Ulloa, el doctor Salvador González, la licenciada en trabajo social Cristina Mendoza y la licenciada en sociología y enfermería Nedelia Antiga.

Colaboraron también los doctores Ricardo Menéndez, Antonio Montes de Oca y un gran número de profesionales en las ramas de medicina, psicología, sociología, antropología, trabajo social y enfermería. Su interés, su dedicación y su elevado profesionalismo, permitieron cumplir con el difícil calendario de actividades del programa siempre en tiempo oportuno.

RECOLECCION DE INFORMACION BASICA

Con el objeto de tener una base para los estudios principales, durante la primera etapa de la investigación cada equipo de investigación recabó la información básica existente sobre: factores generales sociodemográficos y de salud y aspectos más específicos relacionados con disponibilidad y consumo de alcohol, problemas con él relacionados y respuestas. La información solicitada fue presentada tanto a nivel nacional como de las comunidades en donde se iba a efectuar el estudio.

ESTUDIOS DE MUESTREO DE LA POBLACION

Se propuso un *modelo básico* para los estudios de muestreo de la población, investigándose en cada país una área urbana y una rural, situación que sólo se llevó a cabo en Zambia y México, ya que en Escocia no se estudió específicamente una área rural. La secuencia seguida fue la siguiente:

— Una muestra de población general.

— Una muestra de *bebedores conocidos* que deberían de ser detectados mediante una investigación que habría de realizarse en servicios médicos generales, psiquiátricos y de emergencia, en las comisarías, etc., con problemas determinados por la ingestión de alcohol.

— Una muestra del personal de estos lugares, con el objeto de conocer sus actividades y conducta hacia las personas que tienen incapacidades originadas por el alcohol.

De acuerdo con este modelo básico de muestreo, la investigación se organizó en dos estudios principales: el de población general y el de las instituciones, los clientes y el personal.

Estudio de la población

Selección de la muestra. En el estudio se eligieron en México dos comunidades, una rural y otra urbana, ambas pertenecientes a la delegación política de Tlalpan. En las dos se presentaban antecedentes importantes de problemas relacionados con el alcohol, y las autoridades correspondientes habían mostrado interés por colaborar en el proyecto.

La población de estudio fue la de 15 años de edad en adelante.

Se realizó un muestreo en dos etapas; en la primera se seleccionó la vivienda y en la segunda, la persona a entrevistar.

Para la selección de vivienda, se actualizaron los mapas dos meses antes del levantamiento de encuestas y se enlistaron un total de 1274 viviendas en la comunidad rural y 1507 en la urbana.

Por otra parte, se decidió sobremuestrear la población masculina en una proporción de 2/3 partes del tamaño de la muestra, debido a que el problema de estudio se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres.

La segunda etapa de selección de la muestra, la de la persona a entrevistar, se hizo mediante tablas de números aleatorios, y se seleccionó una sola entrevista por vivienda para evitar la distorsión y contaminación de la información.

El cuestionario. Un cuestionario tentativo fue elaborado con base en otros utilizados en países que ya habían efectuado este tipo de estudios (Escocia, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y otros). Como era de

esperar, este instrumento no llenó los requerimientos de las comunidades en estudio.

Fue por eso que se diseñó un nuevo modelo durante una de las reuniones de los tres países participantes, dejando algunas variables para ser adaptadas en forma local.

Este cuestionario se utilizó en un estudio piloto que abarcó 35 personas de una área urbana y 35 de una rural, semejantes a las poblaciones en donde se utilizaría el cuestionario definitivo. Los resultados fueron codificados y analizados para conocer las dificultades metodológicas del estudio.

Con esta valiosa experiencia, en la siguiente reunión se elaboró el cuestionario definitivo que sería utilizado en el estudio de población general en los tres países y en Canadá, ya que la Adiction Research Foundation de Toronto estaba interesada en participar en esta etapa de la investigación.

Es preciso aclarar que México era el único país participante de habla no inglesa, por lo que en cada ocasión en que se utilizaban cuestionarios, era necesario hacer la traducción al español, adaptar a la forma de expresión de la comunidad de estudio y retraducir al inglés, con el objeto de ver si no se había perdido el sentido original de la pregunta.

En el cuestionario definitivo se manejaron 158 preguntas. En la primera parte se investigaban datos demográficos: edad, estado civil, sexo, ocupación, estructura familiar, parentesco, educación, religión, lugar de nacimiento, movilidad geográfica y otros.

Esta información se consideraba básica para poder calificar el marco en donde se presentaba el problema, o de dónde partía la respuesta al mismo.

A continuación se estudiaban los patrones de bebida en: los últimos siete días, las dos últimas ocasiones, la ocasión de mayor consumo en el último mes y la ocasión de mayor consumo en el último año. En cada patrón de bebida se debía especificar: el tipo de bebida, la cantidad, el lugar de consumo, la gente que estaba presente, así como el motivo por el cual se había bebido. Posteriormente se investigaban los problemas de tipo familiar, social, laboral o legal que la ingesta de alcohol pudiera haber determinado.

En la última parte del cuestionario se estudiaban las actitudes de la comunidad hacia la bebida y el bebedor y las respuestas habituales hacia el problema. Con esto se obtendría el marco básico, para después poder elaborar un programa aplicativo con el conocimiento de los dos polos del problema: el de la magnitud del mismo y de la percepción y respuesta de los integrantes de la propia comunidad.

Estudio de las instituciones, los clientes y el personal

Con el objeto de poder hacer estudios comparativos entre los bebedores encontrados en la muestra de población general y los que ya habían tenido problemas por su ingestión y habían acudido en busca de ayuda a

alguna institución, se diseñó un nuevo cuestionario con los elementos básicos del de la población general. Este nuevo cuestionario se aplicaría a los pacientes con problemas relacionados con el alcohol que asistían a diferentes tipos de hospitales (generales, especializados, de emergencia y psiquiátricos). Además, con cuestionarios más sencillos se entrevistaría a personas que habían tenido problemas legales y a los que recurrían a un sacerdote en busca de ayuda.

Por otra parte, se entrevistó al personal técnico y administrativo de los hospitales mencionados, los agentes de policía, los sacerdotes, los farmacéuticos, los curanderos y los miembros de los grupos de *Alcohólicos Anónimos*.

El conocer el tipo de respuestas ante el problema serviría posteriormente para establecer un programa adecuado de prevención, tratamiento y rehabilitación en este complejo e importante problema de salud pública.

RESULTADOS PRELIMINARES

El 9 de mayo de 1979 en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina y dentro del simposio *El alcoholismo, problema médico y social* se presentó un informe preliminar sobre el estudio en población general que en esa fecha era el único terminado de analizar⁷.

Entrevistas realizadas y no realizadas

Comunidad rural. De las 318 viviendas seleccionadas para entrevista en esta comunidad, 20 correspon-

Cuadro 1
ENTREVISTAS REALIZADAS Y NO REALIZADAS

	Comunidades			
	Rural		Urbana	
	N	%**	N	%**
Direcciones enlistadas	1274		1507	
Direcciones seleccionadas	318		430	
Direcciones no existentes	20		27	
Persona no elegible del sexo requerido	4		13	
Base de muestreo	294		396*	
Entrevistas terminadas	273	92,8	353	89,1
Entrevistas no realizadas	21	7,2	43	10,9

* Incluyendo seis entrevistas adicionales.

** En relación con la base de muestreo.

dieron a viviendas vacías o a direcciones no existentes en el momento del levantamiento de encuestas. En otras cuatro viviendas, no hubo ninguna persona del sexo requerido para entrevista.

De las 294 viviendas que constituyeron la base de la muestra en esta comunidad, en 273 se obtuvieron entrevistas completas, lo que equivalió a un índice de respuesta del 92,8 %.

El 7,2 % de las viviendas restantes de la muestra, fue de los casos de no entrevista, principalmente por la indisponibilidad de la persona seleccionada después de cinco visitas del entrevistador.

Comunidad urbana. Fueron 27 las direcciones no existentes o vacías en el momento del levantamiento de encuestas. Además, en otras 13 viviendas no hubo personas del sexo requerido para la encuesta.

En esta comunidad fue difícil encontrar algunas direcciones, debido al hacinamiento de la población. Algunos predios estaban repartidos en varias viviendas y, en el momento de las entrevistas, su número había cambiado, requiriéndose en algunos casos entrevistas adicionales.

De las 396 viviendas de la base de la muestra, en 353 se hicieron entrevistas completas, o sea, en 89,1 %.

El índice de entrevistas no realizadas fue de 10,9 % y se debió principalmente a la indisponibilidad de las personas seleccionadas.

Características demográficas

Sexo. De acuerdo con la metodología utilizada para sobremuestrear la población masculina en ambas comunidades, las dos terceras partes de la muestra aproximadamente fueron de hombres.

Cuadro 2
SEXO

	Rural		Urbana		Total	
	f*	%	f	%	f	%
Masculino	181	62	239	68	420	65
Femenino	112	38	114	32	226	35
Total	293	100	353	100	646	100

* Incluyendo 20 cuestionarios incompletos.

Edad. En las dos comunidades se encontró una tendencia semejante en los grupos de edad.

En los grupos más jóvenes, de 19-30 años, los porcentajes de la muestra fueron especialmente altos.

Cuadro 3

EDAD

Grupo de edad	Rural		Urbana		Total	
	f*	%	f	%	f	%
15-18	47	16	51	15	98	15
19-30	103	35	133	37	236	36
31-40	59	20	75	21	134	21
41-50	40	14	44	12	84	13
50-	44	15	50	15	94	15
Total	293	100	353	100	646	100

* Incluyendo 20 cuestionarios incompletos.

Lugar de nacimiento. En el lugar de nacimiento se encontró una diferencia claramente significativa entre ambas comunidades, que correspondió con su caracterización de rural y urbana.

Mientras que más de las dos terceras partes de los entrevistados de la comunidad rural nacieron en esta misma comunidad, solamente una tercera parte de los entrevistados de la comunidad urbana, fueron originarios de la misma.

Cuadro 4
LUGAR DE NACIMIENTO

	Rural		Urbana		Total	
	f	%	f	%	f	%
En la comunidad	210	77	105	29	313	50
Fuera de la comunidad pero en el país	62	22	242	68	304	48
Sin información	1	1	8	3	9	2
Total	273	100	353	100	626	100

RESULTADOS

La información obtenida en esta investigación necesitaría varios años para ser analizada; del reporte elaborado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría solamente señalaremos algunos datos.

Frecuencia de la embriaguez

En los índices de embriaguez reportados se puede observar una aproximación mayor en cuanto a la concentración del alcohol consumido en ocasiones de ingestión excesiva.

Durante el último año, el 77 % de las mujeres bebedoras y solamente el 29 % de los hombres bebedores permanecieron sin embriagarse.

La embriaguez no sólo fue más común entre los hombres sino que también lo fue la periodicidad con que se presentó: el 80 % de los bebedores reportó haberse embriagado con una frecuencia de *una o más veces a la semana* y el 21 % con una frecuencia de *una o tres veces al mes*.

Debido a que los hombres reportaron haber bebido en ocasiones relativamente infrecuentes, estos índices de embriaguez fueron altos y sugieren que en muchas de esas ocasiones también se llegó a la embriaguez. Aproximadamente una quinta parte de los bebedores regulares (22 %), una tercera parte de los intermedios (35 %) y la mitad de los ocasionales (51 %) presentaron un mismo índice de frecuencia de consumo y de embriaguez, es decir, que cada vez que bebieron se embriagaron.

Por otra parte, la proporción global de los bebedores que reportaron igual respuesta en cuanto a frecuencia de consumo y de embriaguez, correspondió a una cifra un poco más alta que la de la tercera parte de los hombres de la muestra (35 %). Esta proporción fue importante si se considera que abarcó a todas las edades y que en este caso la bebida con frecuencia fue sinónimo de embriaguez.

OTROS DATOS

Cuadro 5

BEBIDA Y ABSTENCION POR SEXO

	Hombres %	Mujeres %
Bebedores	85	48
Abstemios	15	52

Cuadro 6

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS

	Hombres %	Mujeres %
Bebedor regular	22	9
Bebedor intermedio	25	9
Bebedor ocasional	33	40
Abstemio	19	42

Bebedor regular:	Bebe por lo menos una vez a la semana.
Bebedor intermedio:	De una a tres veces al mes.
Bebedor ocasional:	Menos de una vez al mes pero por lo menos una vez al año.
Abstemio:	No bebió durante el último año.

Cuadro 7

ELECCION DE BEBIDA EN LOS DIFERENTES TIPOS DE OCASION: HOMBRES

Tipo de bebida	Ultimo día	Ultimo mes	Ultimo año
Cerveza	47	53	50
Bebidas destiladas	33	51	69
Pulque	37	21	15
Alcohol	6	5	6
Base	(126)	(205)	(304)

Entrevistados de 15 años en adelante.
% Basado en datos pesados.

Cuadro 8

LUGAR EN EL ULTIMO DIA DE BEBIDA: HOMBRES

Casa	49
Fiesta	20
Cantina, peluquería	10
Calle	4
Tienda	6
Restaurante	5
Trabajo	5
Otros	1
Base	(127)

Entrevistados de 15 años en adelante.
% Basado en datos pesados.

Cuadro 9

TIPOLOGIA DE LA BEBIDA POR INGRESO PERSONAL: HOMBRES

Tipo de bebedores	Nivel de ingreso		
	Bajo	Medio	Alto
Alta frecuencia			
Alta cantidad	42	49	37
Baja frecuencia			
Alta cantidad	2	7	12
Baja frecuencia			
Baja cantidad	12	17	22
Baja frecuencia			
Baja cantidad	8	6	21
Abstemio	35	21	8
Base	(63)	(100)	(61)

Entrevistados de 15 años en adelante.
% Basado en datos pesados.

RESUMEN

Tomando en cuenta la importancia que el alcoholismo y el abuso de alcohol estaban representando en el mundo, la Organización Mundial de la Salud decidió en 1976 efectuar un estudio internacional sobre el problema.

Se trataba de probar que se podían desarrollar métodos y técnicas para poder conocer, en comunidades con diferentes patrones socioculturales, por una parte los patrones de bebida, los daños e incapacidades relacionados con el alcohol y sus repercusiones psicosociales y por otra, la forma en que la comunidad respondía al problema. Los países seleccionados fueron Escocia, Zambia y México.

En el presente trabajo se describen los objetivos de la investigación, la organización del trabajo internacional, la integración de los equipos de investigación y las diferentes etapas del proyecto desarrolladas en México hasta la fecha.

La gran cantidad de datos obtenidos se encuentran en proceso de análisis y proporcionarán una amplia información que será objeto de comunicaciones posteriores. Los resultados que aquí se presentan, son muy preliminares.

BIBLIOGRAFIA

1. CALDERÓN, N. G.: *La salud mental y los hospitales psiquiátricos de México*. Rev. Salud Pública de México, 9:499, 1967.
2. CALDERÓN, N. G.: *Salud mental comunitaria. Nuevo enfoque de la psiquiatría*. Editorial Trillas, 1981. México.
3. CALDERÓN, N. G.: *El centro piloto de salud mental comunitaria San Rafael en México*, D. F. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXVIII, n.º 2, pág. 155. Febrero 1975.
4. CALDERÓN, N. G.: *El alcoholismo problema médico y social*. Gaceta Médica de México. Vol. 116, n.º 6, pág. 239. Junio 1980.
5. BUSTAMANTE, M. E.: *El alcoholismo problema médico y social. Aspectos epidemiológicos*. Gaceta Médica de México. Vol. 116, n.º 6, pág. 240. Junio 1980.
6. VASCONCELOS, R.: *El alcoholismo problema médico y social*. Gaceta Médica de México. Vol. 116, n.º 6, pág. 252. Junio 1980.
7. CALDERÓN, N. G. y SUÁREZ DE ULLOA, C.: *La investigación de la Organización Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol*. Gaceta Médica de México. Vol. 116, n.º 6, pág. 259. Junio 1980.

GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

Director del centro de salud mental comunitaria San Rafael
Jefe de la investigación en México
en la primera etapa del proyecto

HAGAMOS MAS VALIDOS A LOS MINUSVALIDOS

LA PROBLEMÁTICA DEL TRABAJO DEL MINUSVALIDO

La reciente Encíclica de Juan Pablo II *Laborem exercens*, en su párrafo 22, pone sobre el tapete candente del mundo laboral, la problemática del trabajo del minusválido:

«Que se ofrezca trabajo a las personas minusválidas, según sus posibilidades.» Esta afirmación tan simple, tan humana y al propio tiempo tan compleja y difícil en el mundo competitivo del trabajo, encierra un primer reto para los profesionales del campo asistencial y especialmente para aquellos que nos ocupamos de las primeras etapas de la vida del hombre: la niñez y la adolescencia.

Procuremos hacer más válidos a los minusválidos. Toda persona humana por su misma esencia, tiene sus limitaciones. La educación y la integración en la Sociedad persiguen en sí superar en parte estas limitaciones y conseguir una mayor capacidad para el desempeño de funciones laborales y para el aporte al acervo común de la Sociedad.

Este mismo principio de la educación de habilidades, junto con los adecuados apoyos psicológicos y el prudente soslayo de barreras arquitectónicas y tecnológicas, harán de la inmensa mayoría de nuestros minusválidos, personas no sólo útiles, sino en muchas ocasiones de eficiencia superior a la de los que con excesivo orgullo nos consideramos normales.

Si esta acción va unida a la acción preventiva de las minusvalías, así como a la de rehabilitación precoz de funciones que corresponden por entero al campo sanitario, habremos conseguido la empatía con la intencionalidad de Juan Pablo II quien dedica su Documento al Hombre sin hacer ninguna discriminación por los niveles de sus limitaciones.

LOS MINUSVALIDOS SUJETOS PLENAMENTE HUMANOS

Recientemente, las comunidades nacionales y las organizaciones internacionales han dirigido su atención a otro problema que va unido al mundo del trabajo y que está lleno de incidencias: el de las personas minusválidas. Son ellas también sujetos plenamente humanos, con sus correspondientes derechos innatos, sagrados e inviolables, que, a pesar de las limitaciones y los sufrimientos grabados en sus cuerpos y en sus facultades, ponen más de relieve la dignidad y grandeza del hombre. Dado que la persona minusválida es un sujeto con todos los derechos, debe facilitársele el participar en la vida de la sociedad en todas las dimensiones y a todos los niveles que sean accesibles a sus posibilidades. La persona minusválida es uno de nosotros y participa plenamente de nuestra misma humanidad. Sería radicalmente indigno del hombre y negación de la común humanidad admitir en la vida de la sociedad, y,

por consiguiente, en el trabajo, únicamente a los miembros plenamente funcionales porque, obrando así, se caería en una grave forma de discriminación, la de los fuertes y sanos contra los débiles y enfermos. El trabajo en sentido objetivo debe estar subordinado, también en esta circunstancia, a la dignidad del hombre, al sujeto del trabajo y no a las ventajas económicas.

PROMOVER LA PREPARACION PROFESIONAL Y EL TRABAJO DEL MINUSVALIDO

Corresponde por consiguiente a las diversas instancias implicadas en el mundo laboral, al empresario directo como al indirecto, promover con medidas eficaces y apropiadas el derecho de la persona minusválida a la preparación profesional y al trabajo, de

(Termina en la página siguiente)

SANTA TERESA PRECURSORA EN MEDICINA

PREOCUPACION POR LA SALUD

En toda la obra escrita de la madre Teresa de Jesús aparece una constante preocupación por la salud. Son numerosas las alusiones que hace de la misma en su *vida*, y en sus *cartas*, en ocasiones describiendo magistralmente sus dolencias como si conociera perfectamente la elaboración de una historia clínica, y en otras aconsejando procedimientos terapéuticos cuando de la salud ajena se trataba.

El ilustre teresianista padre Bilbao Aristegui en su interesante libro titulado *Santa Teresa enfermera* recoge de una forma pacienzuda, a la par que científica, digna de todo encomio, hasta quinientas treinta y tres citas de la madre a propósito de la salud corporal, y trata de demostrar de esta forma que «la Santa de Avila tiene algo, y aun mucho que decir, en torno al eterno y cautivador misterio del organismo humano».

La revisión bibliográfica de estas acotaciones y otras que hemos encontrado en escritos sobre la santa nos lleva a sentar la conclusión de que la santa abulense fue una verdadera precursora en medicina.

Con fina perspicacia intuyó la *Fémina andariega* lo

que con el devenir de los siglos constituiría la base de una verdadera higiene conventual tan abandonada en la época en que le tocó vivir a la Santa. En sus *constituciones* considera «gran disparate tener priora y subpriora de poca salud; quiere que las novicias estén sanas y que las casas para fundación reúnan buenas condiciones de salubridad».

En cierta ocasión escribía al padre Gracián... «que procure que haya limpieza en camas y paños de mesa, que es cosa terrible no haber limpieza», y se pregunta ¿si no hubiera agua para lavar, qué sería del mundo? Igualmente ordena en otro pasaje «que esta limpieza se extreme con las enfermas». A pesar de su austeridad habitual dispone... «que las enfermas tengan lienzos (sábanas) y colchón».

CONOCIMIENTOS HIGIENICOS

En 1580 escribía a la madre María de San José de Sevilla en estos términos... «el vestirse túnica en el verano es cosa de disparate. Si me quieren hacer placer, en llegando ésta se la quite, aunque más se morti-

(Viene de la página anterior)

manera que ella pueda integrarse en una actividad productora para la que sea idónea. Esto plantea muchos problemas de orden práctico, legal y también económico; pero corresponde a la comunidad, o sea, a las autoridades públicas, a las asociaciones y a los grupos intermedios, a las empresas y a los mismos minusválidos aportar conjuntamente ideas y recursos para llegar a esta finalidad irrenunciable: *que se ofrezca un trabajo a las personas minusválidas, según sus posibilidades*, dado que lo exige su dignidad de hombres y de sujetos del trabajo. En cada comunidad habrá de darse las estructuras adecuadas con el fin de encontrar o crear puestos de trabajo para tales personas tanto en las empresas públicas y en las privadas, ofreciendo un puesto normal de trabajo o uno más apto, como en las empresas y en los llamados ambientes *protegidos*.

UN SUJETO DE TRABAJO DE PLENO DERECHO

Deberá prestarse gran atención, lo mismo que para los demás trabajadores, a las condiciones físicas y psicológicas de los minusválidos, a la justa remuneración, a las posibilidades de promoción y a la eliminación de los diversos obstáculos. Sin tener que ocultar que se trata de un compromiso complejo y nada fácil, es de desear que *una recta concepción del trabajo en sentido subjetivo lleve* a una situación que dé a la persona minusválida la posibilidad de sentirse no al margen del mundo del trabajo o en situación de dependencia de la sociedad, sino como un sujeto de trabajo de pleno derecho, útil, respetado por su dignidad humana, llamado a contribuir al progreso y al bien de su familia y de la comunidad según las propias capacidades.

(Extracto de *Laborem Exercens*)

SANTA TERESA PRECURSORA EN MEDICINA

PREOCUPACION POR LA SALUD

En toda la obra escrita de la madre Teresa de Jesús aparece una constante preocupación por la salud. Son numerosas las alusiones que hace de la misma en su *vida*, y en sus *cartas*, en ocasiones describiendo magistralmente sus dolencias como si conociera perfectamente la elaboración de una historia clínica, y en otras aconsejando procedimientos terapéuticos cuando de la salud ajena se trataba.

El ilustre teresianista padre Bilbao Aristegui en su interesante libro titulado *Santa Teresa enfermera* recoge de una forma pacienzuda, a la par que científica, digna de todo encomio, hasta quinientas treinta y tres citas de la madre a propósito de la salud corporal, y trata de demostrar de esta forma que «la Santa de Avila tiene algo, y aun mucho que decir, en torno al eterno y cautivador misterio del organismo humano».

La revisión bibliográfica de estas acotaciones y otras que hemos encontrado en escritos sobre la santa nos lleva a sentar la conclusión de que la santa abulense fue una verdadera precursora en medicina.

Con fina perspicacia intuyó la *Fémina andariega* lo

que con el devenir de los siglos constituiría la base de una verdadera higiene conventual tan abandonada en la época en que le tocó vivir a la Santa. En sus *constituciones* considera «gran disparate tener priora y subpriora de poca salud; quiere que las novicias estén sanas y que las casas para fundación reúnan buenas condiciones de salubridad».

En cierta ocasión escribía al padre Gracián... «que procure que haya limpieza en camas y paños de mesa, que es cosa terrible no haber limpieza», y se pregunta ¿si no hubiera agua para lavar, qué sería del mundo? Igualmente ordena en otro pasaje «que esta limpieza se extreme con las enfermas». A pesar de su austeridad habitual dispone... «que las enfermas tengan lienzos (sábanas) y colchón».

CONOCIMIENTOS HIGIENICOS

En 1580 escribía a la madre María de San José de Sevilla en estos términos... «el vestirse túnica en el verano es cosa de disparate. Si me quieren hacer placer, en llegando ésta se la quite, aunque más se morti-

(Viene de la página anterior)

manera que ella pueda integrarse en una actividad productora para la que sea idónea. Esto plantea muchos problemas de orden práctico, legal y también económico; pero corresponde a la comunidad, o sea, a las autoridades públicas, a las asociaciones y a los grupos intermedios, a las empresas y a los mismos minusválidos aportar conjuntamente ideas y recursos para llegar a esta finalidad irrenunciable: *que se ofrezca un trabajo a las personas minusválidas, según sus posibilidades*, dado que lo exige su dignidad de hombres y de sujetos del trabajo. En cada comunidad habrá de darse las estructuras adecuadas con el fin de encontrar o crear puestos de trabajo para tales personas tanto en las empresas públicas y en las privadas, ofreciendo un puesto normal de trabajo o uno más apto, como en las empresas y en los llamados ambientes *protegidos*.

UN SUJETO DE TRABAJO DE PLENO DERECHO

Deberá prestarse gran atención, lo mismo que para los demás trabajadores, a las condiciones físicas y psicológicas de los minusválidos, a la justa remuneración, a las posibilidades de promoción y a la eliminación de los diversos obstáculos. Sin tener que ocultar que se trata de un compromiso complejo y nada fácil, es de desear que *una recta concepción del trabajo en sentido subjetivo lleve* a una situación que dé a la persona minusválida la posibilidad de sentirse no al margen del mundo del trabajo o en situación de dependencia de la sociedad, sino como un sujeto de trabajo de pleno derecho, útil, respetado por su dignidad humana, llamado a contribuir al progreso y al bien de su familia y de la comunidad según las propias capacidades.

(Extracto de *Laborem Exercens*)

fique». Con lo cual demuestra sus conocimientos higiénicos, a la par que la influencia que tiene un adecuado vestido concordante con el clima ya que escribe a continuación... «y vale más estar para andar en la comunidad que tenerlas todas enfermas».

«El cuerpo engorda, el alma enflaquece»¹, dijo a sus hijas al hablarles de la vida regalada, y por esto comía poco y dormía menos, pues era la última del convento en acostarse y la primera en abandonar el lecho².

«Estamos también sujetas a comer y dormir sin poderlo escusar —que es harto trabajo—³, exclama a manera de rebeldía espiritual contra su naturaleza. Pero hecha por Dios de cuerpo y alma, cumple los deberes para con su cuerpo con igual perfección que los del alma y, cuando era necesario, *se regalaba*. Recomienda dormir siempre más de seis horas, para evitar la flaqueza de cabeza, pero «que el sueño sea de veras porque si no, no dará fuerza a la cabeza, que quedará más desvanecida». Igualmente aconseja dormir en verano una hora de siesta, o descansar en silencio⁴.

Establece que «las enfermas sean curadas con todo amor, regalo y piedad», «que la priora ponga gran cuidado en que antes falte lo necesario a las sanas que algunas piedades (atenciones) a las enfermas; y recomienda «poner enfermera que tenga para este oficio habilidad y caridad» porque la madre «quiere siempre que las enfermas sean muy bien curadas»⁵.

Demuestra en sus escritos la santa —no se olvide que estamos a mediados del siglo XVI— un excelente conocimiento y concepto claro de lo que ha de ser la atención a las enfermas, de la higiene colectiva y de las condiciones que una buena enfermera debe reunir.

El interés reiterado por el cuidado de las enfermas, ¿sería quizás para la madre Teresa el esmerado cumplimiento de la encomienda que en tal sentido le hiciera el Señor, estando en Malagón en 1570, en una de sus visiones?

EXPERIENCIA DIETETICA

Quedan reflejados en sus escritos su experiencia en dietética ya que para ella algunos manjares sirven como verdaderas medicinas «las naranjas que regocijaron a algunas enfermas...»⁶. Igualmente la carne es preocupación dietética de la santa cuando con frecuencia hacía alusión a la misma «...será menester hacerla comer carne algunos días... que tiene flaca la imaginación»⁷. En cierta ocasión escribe a la priora de Soria: «De que esté mejor me he holgado mucho. Si hubiera me-

nester siempre carne, poco importa que la coma aunque sea en cuaresma, que no va contra la regla cuando hay necesidad, ni en eso se aprietan»⁸.

Le sentaba mejor la carne de ave que la de carnero (carta a su hermano escrita el 28 de febrero de 1577) ...y en la misma dice «que como he ayunado desde la Cruz de Septiembre...» lo cual nos prueba que era la primera en cumplir con exceso «la Regla de Nuestra Señora del Carmen y cumplida ésta sin relajación, sino como la ordenó Fray Hugo, cardenal de Santa Sabina, que fue dada a MCCXLVIII años, en el año V del Pontificado del Papa Inocencio IV».

Este ayuno tan severo lo suprime en las fundaciones, y así lo ordena a las que «tienen flaquezas» y asimismo las «dispensaba de las disciplinas».

No obstante para ella era grave culpa según sus constituciones... «si alguna los ayunos de la Orden, o en especial los instituidos por la Iglesia, sin causa y sin licencia quebrantare»⁹. Pero a pesar de todo su inmensa humanidad le obliga a proceder de distinta manera cuando la naturaleza obliga a ello.

Aunque se regalaba cuando era conveniente, sabemos por las declaraciones en los procesos de beatificación que era muy parca en comer, tan sólo en muchas ocasiones, una escudilla de lentejas y un huevo¹⁰. En otras, algunas hierbas o poleadas (gachas o puches)¹¹. Igualmente sabemos que era muy amante en sus hábitos culinarios del pan frito con aceite¹². No bebía gota de vino¹³.

Habitualmente no comía pescado por no sentarle bien, aunque en ocasión comió atún... «el atún enviaron la semana pasada de Malagón, crudo y estaba harto bueno, bien nos ha sabido».

Tampoco era aficionada a las conservas pero hay que tener en cuenta que en aquella época conserva era «cualquier fruta que se adereza con azúcar o miel», dice Cobarrubias en su obra.

Vemos una vez más la intuición de la Santa que le hace sospechar los fenómenos de alergia y anafilaxia que se derivan de la ingestión de estos manjares sobre todo cuando no están en buenas condiciones, que de hecho ocurriría con bastante frecuencia teniendo en cuenta los pocos métodos de conservación y de higiene alimenticia con que se contaría en la época que nos ocupa.

FORMULARIO TERAPEUTICO

Otro interesante aspecto en relación con la medicina, es el perfecto conocimiento que tenía del formulario terapéutico, de acuerdo con el saber médico de la época

¹ Meditaciones sobre los Cantares. Cap. II. r. 16.

² Efren de la Madre de Dios. Obras completas de Santa Teresa de Jesús. Tomo I. 407.

³ Moradas. Cartas I, 12.

⁴ Constituciones. Cap. VI.

⁵ Constituciones. Cap. VII.

⁶ Epistolario. CTA. 318.

⁷ Epistolario. CTA. 238.

⁸ Epistolario. CTA. 757.

⁹ Constituciones. Cap. XIII. 1.

¹⁰ Proc. de Salamanca (1597).

¹¹ Proc. de Madrid (1595).

¹² Proc. de Valladolid (1610).

¹³ Proc. de San Lúcar la Mayor (1596).

pero sin creer en hechicerías muy arraigadas entonces entre todas las clases sociales. «Nunca fui amiga de devociones que hacen algunas personas, especialmente mujeres, por ceremonias que yo no podía sufrir, y después se ha dado a entender que eran supercherías»¹⁴. Probablemente alude en este pasaje de su vida al libro publicado en 1540, por el maestro Ciruelo, titulado *Reprobación de las supersticiones y hechicerías*, el cual tuvo grandísima difusión.

No extraña en absoluto su postura personal al respecto, ya que de bien joven fue víctima de curanderismo y de la hechicería, que a punto estuvo de costarle la vida, lo cual debió influir en su ánimo para convertirse en paladín contra aquellos métodos oscuros y no científicos.

Hagamos un inciso y recordemos que en tiempos de nuestra Santa se estaba forjando un cambio importantísimo en la terapéutica debido primordialmente a dos hechos históricos trascendentales y que iban a influir en la evolución de la medicina española. Es el primero el descubrimiento de América y con ello la llegada a nuestras latitudes de drogas nuevas traídas por los conquistadores en su ir y venir ultramarino. La aureola de las drogas de Indias inspiraron tanta fe a los pacientes de entonces, que sus efectos bien pudieran compararse a los auténticamente eficaces de los antibióticos de hoy.

Fue el segundo la difusión del libro *Materia médica*, de Dioscorides impreso en Alcalá de Henares en 1518, a instancias de Nebrija, sin duda alguna, la obra más consultada por los galenos y farmacéuticos durante varios siglos.

Posteriormente el segoviano Andrés Laguna (1494-1560), lo publicó nuevamente, ilustrándolo con láminas de otros autores con «claras y sustanciosas anotaciones» (Lain Entralgo). De este libro se hicieron en España numerosas ediciones entre los años 1563 y 1576, sin mencionar las posteriores a la época que nos ocupa.

Otros dos libros más ampliaron los conocimientos farmacológicos de la época; nos referimos al de Nicolás Monardes en Sevilla, el año 1565; y el de Cristóbal Acosta en Burgos el año 1578, intitulados respectivamente, el primero: en dos volúmenes que tratan uno *De todas las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales* y otro *De dos medicinas maravillosas*; y el segundo: *Tratado de las drogas y medicinas de las Indias Occidentales, con sus plantas debuxadas al vivo*. Igualmente Juan Fragoso, cirujano de Felipe II, publicó en 1572 su célebre libro *Chirurgía Universal discurso de las cosas aromáticas, árboles y frutales y de otras muchas medicinas que se traen de las Indias Occidentales*.

En los primeros años del Renacimiento, comienzan a ser descritas una pléyade de «nuevas enfermedades» desconocidas hasta el momento. Háblase con harta insistencia de dolencias no mencionadas por los antiguos

y hasta de males que los hombres jamás padecieron¹⁵.

Pero realmente eran *nuevas* estas enfermedades o por el contrario sólo eran consecuencias nosográficas de una mayor finura de los médicos renacentistas en la observación de la realidad que tenían delante de ellos. Al respecto se pregunta Lain Entralgo, ¿qué era lo nuevo, la realidad o la mirada? De todas formas parece indiscutible la real novedad de algunas de ellas¹⁶.

Todas estas novedades, a pesar de los exiguos medios de comunicación del momento, atravesaron las rejas y celosías de los locutorios carmelitanos para llegar a oídos de Teresa de Cepeda. Varios de estos maravillosos remedios fueron conocidos por ella y algunos pudo proporcionárselos su hermano Lorenzo, que permaneció en el Perú treinta y cinco años, y al regresar a España, en agosto de 1575, reunióse con su hermana en Sevilla, quien lo encontró «bien flaco y malo».

La fundadora nos habla de una de esas modernas drogas, la *Catamarca* (metátesis de Tacamaca)¹⁷. Y dice en el escrito: «con las especies se holgaron mucho y con la catamarca. No me dejaron enviarlo —que harto lo quisiera— porque tienen gran necesidad muchas».

En otra carta cita la *caraña*¹⁸. «Aquí me están acordando la pida un poco de caraña, porque me hace mucho provecho; ha de ser bueno. No se olvide por caridad. A Toledo lo puede enviar muy envuelto, o de que vaya el hombre de acá»¹⁹.

Debiera de ser esta droga muy empleada por la Santa ya que de la lectura de su epistolario se desprende, tres años después, una nueva petición a la misma priora: «Sepa que se ha repartido tanto de la caraña, que ya tengo muy poco, y es lo que más provecho me hace, y a otras, de que vea con quién, envíemelo, por caridad»²⁰.

BOTIQUIN DE URGENCIA

De estos pasajes se deduce la preocupación de la madre Teresa por tener en los conventos un verdadero botiquín con las drogas imprescindibles de uso en momentos determinados. Y efectivamente ambas drogas

¹⁵ Por ejemplo, aquel *Sudor inglés* que apareció en 1485, asoló epidémicamente todo el norte de Europa en 1527, y desapareció para siempre en 1551.

¹⁶ LAÍN ENTRALGO. Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea (1963).

¹⁷ La Tacamaca es la resina endurecida de muchos árboles de la familia de las burseráceas. Se refieren varias especies; las más comunes son las *Protium heptaphyllum* y la *Bursera tomentosa*.

¹⁸ La Caraña es una resina existiendo las variedades *Icica caragna*, *Tinguloga cerame* y *Canarium commune*. Ambas tenían propiedades expectorantes, carminativas, antiespasmódicas, resolutive y vesicantes, según su preparación farmacéutica. Las dos formaban parte, entre otras muchas sustancias, del Bálsamo de Fiorovanti. (Fue Leonardo Fiorovanti [1518-1588] un pintoresco alquimista italiano que se fingió cliente de los Vianeo para aprender su modo de *fare i nasi*).

¹⁹ Epistolario. CTA. 385.

²⁰ Epistolario. CTA. 734.

citadas estuvieron muy en boga en su tiempo y se consideraban de gran efecto y su empleo representaba una verdadera revolución terapéutica en aquella época.

Otro producto empleado procedente de las Indias, pero que anteriormente había sido traído de Arabia y Etiopía, era el *anime* (resina del cucarbil). Las farmacopeas de la época lo diferencian muy mal, ya que se dio este mismo nombre al copal tacamaca y caraña ya citados. Nuestra santa alude a esta droga cuando escribe: «del nime también se tomó un poco —que se lo quería yo enviar a pedir— que hacen unas pastillas con ello de azúcar rosado que me hacen muy gran provecho a las reumas»²¹.

En otra ocasión refiere, hablando de la misma droga, que «le hacen gran provecho para el reuma y mal de cabeza echar por el aposento o en el brasero, pastillas compuestas de anime resina de India y azúcar rosado»²². Y para este mismo objeto pide también a Sevilla «caraña buena».

No sabemos a ciencia cierta si este sahumero era original de la santa o había sido recomendado por algún galeno. Quizás ello sea una reminiscencia de la terapéutica medieval, época en que los sahumeros constituían una arma terapéutica de primera calidad.

Y abundando en esta opinión, sahumeros con erva-tum²³ y culantro²⁴ y cáscaras de huevos y un poco de aceite y poquito romero y un poco de espliego. Yo le digo que me tornaba en mi; casi ocho meses tuve calenturas una vez y con esto se me quitó²⁵.

Alude en otra ocasión a unas píldoras que le recetó un «médico muy grande» pero no dice ni el nombre ni la receta.

En otro pasaje hace referencia a las mismas píldoras: «esa memoria que va ahí de píldoras están loadas de muchos médicos. Entiendo le harán gran provecho usar, aunque no sea sino de quince a quince días una; gran provecho me han hecho y son sin pesadumbre»²⁶.

En una ocasión menciona la santa, la *escorzonera*, planta muy usada en la terapéutica de la época, a cuya infusión se añadía un poco de canela. Esta misma receta se prescribió posteriormente en el año 1696 a la reina doña Mariana de Neoburgo por los médicos de la Cámara Real.

El uso del ruibarbo (el rizoma), era empleado como euféptico purgante y contra las lombrices. En varias ocasiones fue recomendado por la fundadora y de ello

tenemos prueba en la carta escrita el 28 de diciembre de 1580 a la madre María de San José. «Por amor de Dios que se mire mucho de beber, pues sabe el daño que le hace. Infusión de ruibarbo hizo gran provecho a dos hermanas que tenían hinchazones que lo tomaron algunas mañanas; trátele con el médico y si viere es a propósito, tómelo».

A la misma monja había escrito dos meses antes: «No pienses que esas hinchazones son siempre hidropesía, que por acá las tienen y han tenido y están ahora buenas y otras se andan así. Con todo no deje de curarse y de guardarse de lo que dice el médico le hace daño».

Es notable lo juiciosamente que interpreta los síntomas de las enfermedades. En esta ocasión el tratamiento que recomienda no puede ser más correcto ya que cualquiera que sea el tipo de edema es acertado siempre el restringir los líquidos de la ingesta y administrar un laxante. Por otro lado intuye un diagnóstico diferencial de los edemas, como si la madre conociera la patogenia de los mismos.

RESPECTO A LOS MEDICOS

Del mismo pasaje anterior se desprende muy bien el respeto que la santa profesaba a los médicos a pesar de las caricaturescas figuras que de los mismos hacían nuestros escritores del Siglo de Oro. Aun mostrando un conocimiento perfecto de los remedios, en sus escritos de recomendación a los conventos, nunca actúa por cuenta propia y con harta frecuencia solía terminar: «trátele con un médico». Y este respeto lo demuestra con su actitud de fidelidad cuando escribe a una de sus monjas: «si ese médico la ha entendido, no querría se curase con otro». Siempre la santa precursora en medicina, se adelanta en varios siglos a uno de los preceptos elementales de Deontología profesional de nuestros tiempos.

No obstante, a decir verdad, posiblemente llevada de su gran experiencia personal al respecto, se opone con energía a que vuelvan a sangrar a la priora de Valladolid: «aunque lo diga el médico». Es la única vez que vemos a la madre oponerse con decisión a una orden facultativa y seguramente que ella tenía la razón.

Otra de las raíces muy en boga entonces era la de zarzaparrilla, a cuya tisana la santa tenía verdadera aversión: «guárdense de beber el agua de la zarzaparrilla aunque más quite el mal de madre». Su experiencia debiera ser mala porque en breves meses vuelve a insistir a la misma priora de Sevilla: «mire por sí y guárdese el agua de la zarzaparrilla para nadie». E insiste pocos días más tarde: «Tornóla a avisar que no beban el agua de zarzaparrilla»²⁷.

Por el contrario se muestra partidaria del uso para «el ojo» (amenorrea): «que suele acceder en sangres

²¹ Epistolado. CTA. 730.

²² El mismo consejo de su hermano Lorenzo cuando escribe... «eche un poco de esas pastillas en el aposento u cuando este al brasero que son muy sanas y puras... para reumas y cabeza son buenísimas».

²³ *Precedanum officinalis*. Raíz de una yerba —dice Covarrubias— con que se sahuman a los niños; dicha por otro nombre, rabo de puerco.

²⁴ *Coriandum Saritum*. En época de A. Laguna se usó excesivamente hasta el punto que se decía popularmente «bueno es el culantro pero no tanto».

²⁵ Epistolario. CTA. 279.

²⁶ Epistolario. CTA. 730.

²⁷ Epistolario. CTA. 224.

livianas, unos sahumarios en la cama con erbatum-culantro-cáscaras de huevo-aceite romero, y un poco de alhucema».

CONOCIMIENTO MEDICO Y TERAPEUTICO

Observamos cómo nuestra santa tiene un perfecto conocimiento de la patogenia de las amenorreas funcionales debidas a trastornos generales y la poca importancia que da a las mismas cuando en cierta ocasión habla de: «olvidaros de quejaros de pequeñas flaquezas y malecillos de mujeres»²⁸.

Para el mal de orina escribe: «Dicen que es bueno para eso de la orina, cogidos unos escaramojos»²⁹, «cuando están maduros, y secos y hechos polvo, y tomar cantidad de medio real (medida volumétrica de agua) a las mañanas. Pregúntelo a un médico». Obsérvese que su respeto por los facultativos le obliga en muchas ocasiones terminar con la coletilla «pregúntelo a un médico».

Para un relajamiento de estómago, dice que le vinieron bien las nueces. Casi un siglo después se supo que las nueces (*Juglans regia*) eran astringentes, con múltiples aplicaciones, pero en relación con la acción digestiva a que alude la madre era empleada en infusión de corteza para la ictericia y pesadez gástrica.

Igualmente el escaramujo (rosal del bosque), por su riqueza en tanino se empleó posteriormente como astringente y antidiarreico.

Estando enferma la priora de Malagón (1577), la santa emite juicios muy acertados que nos demuestran una vez más su enorme conocimiento médico y terapéutico. Escribe: «las cosas y señales que tiene son de tísica». Tiene esperanza de sanarla con las aguas de Loja, que efectivamente eran muy recomendadas por los médicos para esta indicación.

Posteriormente: «Harto he pedido a nuestro padre que me escriba si el agua de Loja aprovecha llevado tan lejos». Intuye un conocimiento hidrológico que aún se discute en nuestros días. Nos referimos a si las aguas minerales tienen la misma eficacia bebidas al borde del manantial que embotelladas e ingeridas lejos de donde brotan. En otra carta dice: «ahora en el agua tengo esperanza de Loja». En esa misma carta a la madre María de san José da unos consejos dietéticos muy interesantes aprovechando la oportunidad de haber recibido un regalo de su hermano de «patatas y confites». «Yo no había enviado a la priora de Malagón (estos regalos), por la mucha calentura que tiene que la matarán, más de otras es muy bien, tal como naranjas dulces que tiene mucho hastío y cosas de enferma. Creo es bien curada (bien tratada). Mantequillas es lo que ahora le caen más en gracia».

Nos señala en estos pasajes el concepto clarísimo que

²⁸ Camino de Perfección. Capítulo XI.

²⁹ Epistolario. CTA. 619.

posee de la convalecencia y la importancia que tiene a tal respecto la ingestión de grasa para mantener un régimen hipercalórico en los casos de caquexia. Téngase en cuenta que en el siglo XVI no existía el concepto de tuberculosis que ahora tenemos. Para los médicos coetáneos de la abulense, *Tisis* era el estado final de una tuberculosis pulmonar y los síntomas más importantes eran enflaquecimiento extremo y extenuación, y además a este cuadro se llegaba por distintos caminos etiológicos. Del mismo modo alude a la inapetencia de la convalecencia y al interés que tiene para una pronta curación el respetar los deseos y hábitos gastronómicos del enfermo.

Utiliza y aconseja el «agua de azahar» que dice le hace provecho. «Mucho aprovecha por acá —sabido de buenos médicos— beber cuatro o cinco tragos de agua rosada». Pide a la priora de Sevilla azahar en hoja seca y añade: «A mi gran provecho me hace y de azahar mucho daño, y oler lo de azahar aprovecho al corazón, más no beberlo. Con ello contesta a la pregunta de la priora sevillana ¿cómo es el mal que tiene en el corazón?»

El interés de estas observaciones sobre la acción sedante del azahar en los trastornos neurovegetativos (palpitaciones) es indudablemente evidente, lo cual demuestra una vez más su fino espíritu de observación.

LAS PURGAS

Fue santa Teresa muy aficionada a la medicación siruposa, y lo fue a pesar de ser coetánea del pleito que sobre este argumento se estableció³⁰. Las purgas cree la madre que deben «administrarse en su tiempo». La historia de la Medicina recuerda que el rey Felipe II, llamó a su médico Valles *El Divino*, por haberle administrado *valientemente* un purgante estando la luna en conjunción.

Y en varias ocasiones escribe: «Yo estoy casi buena, que el jarabe que escribo a nuestro padre me ha quitado aquel tormento de melancolía y aún creo de calentura del todo». «Envíeme vuestra reverencia la receta del jarabe que tomaba la hermana Teresa, que la pide su padre, y no se olvide en ninguna manera el que tomaba entre día continuo».

Al parecer existía una verdadera polipragmasia siruposa pues eran varios los jarabes que se administraban al enfermo en el mismo día.

En otro momento escribe: «Buena estoy, gloria a Dios. No hay con ella poder acabar que tome ese jarabe del *rey de los Medos*, cuando haya de tomar purga que me ha dado la vida y ningún mal la puede hacer». Desgraciadamente desconocemos las fórmulas de estos jarabes que tan buen efecto surtían en la santa³¹.

³⁰ Iniciado y mantenido por Miguel Serveto (1509-1553).

³¹ Supone Izquierdo Hernández en su obra *Enfermedades y Muerte de Santa Teresa* que el Jarabe del Rey de los Medos, dado su nombre, era un purgante a base de ruibarbo, planta importada entonces de Persia, el Irán actual.

LA CALENTURA

Una de sus grandes preocupaciones en materia de enfermedad era la *calentura* y con frecuencia dice: «cuando no hay calentura todo se pasa»; para la madre la apirexia era signo evidente de curación: «hasta que me escriban que está sin calentura me tiene con mucho cuidado».

Diferenciaba perfectamente la santa, la cuartana de la fiebre, distinción muy difícil de encontrar entre el vulgo de aquella época. Es sabido que la cuartana (paludismo), obedece siempre a un ritmo que no tiene la fiebre, queda referencia de lo apuntado en la carta escrita el 7 de marzo de 1572 a doña María Mendoza: «quitáronseme las cuartanas, más la calentura nunca se quita». Y en otros pasajes se lee: «siento un poco de frío que es día de cuartana» (1574). «Casi ocho meses tuve calenturas una vez» (1576).

Se desprende de sus escritos que interpreta la fiebre como uno más de los síntomas de la enfermedad que padece. «Las calenturas pararon en un gran romadizo» (1576). «Me dio un gran dolor en un lado y esquinancia» (1572).

Es de admirar la intuición de la santa ya que hasta un año después de su muerte no se publicó por el doctor Pedro Mercado su celeberrimo libro *De febrium differentiis* (Granada 1583), resumen de los conocimientos de la calentura de aquella época³².

LA SANGRIA

En la segunda década del siglo XVI se estableció una polémica muy importante acerca del empleo y uso de la sangría³³, y como ocurre en cualquier controversia los defensores e impugnadores del método no se concedían la menor beligerancia. Ello fue el motivo fundamental de que la sangría alcanzara su máximo apogeo en este siglo. Bien lo prueba el caso de la fundadora del convento de Beas, doña Catalina Godines, de quien habla la santa: «que en ocho años fue sangrada más de quinientas veces».

Santa Teresa tuvo que caer repetidas veces bajo el dominio de la lanceta, prueba de ello es que en varias ocasiones escribe: «hame dado la vida la sangría a la cabeza»; «con tres sangrías estoy mejor»; «cuando llegué a Toledo con el sol del camino, me hubieron de sangrar dos veces y purgar que no me podía menear en la cama según tenía el dolor de espaldas hasta el cerebro y así me he detenido ocho días aquí y me parto bien desflaquecida (porque me sacaron mucha sangre), más buena»³⁴.

³² Las fiebres podían ser: hépticas, humorales o pútridas, efímeras, pestilentes o pestilenciales y compuestas.

³³ Existían dos métodos, el arábigo y el griego. El pleito entre estas dos técnicas duró durante todo el siglo XVI.

³⁴ Epistolado. CTA. 345.

Es posible que la santa en esta ocasión sufriera una insolación y como consecuencia de ella una hipertensión craneal con subsiguiente edema cerebral y correspondiente síndrome de meningismo. Por ello suponemos nosotros que fue beneficiosa la sangría.

No se le escapa a la santa el efecto anemizante que producían las sangrías repetidas; por ello no era partidaria de prodigarlas como entonces por todos se hacía. Ya hemos visto en párrafos anteriores que la única vez que alza su voz contra la opinión de un médico es por causa de la sangría y al efecto escribe en estos términos a la madre María Bautista de Valladolid: «es verdad, que ¡poco la rogué el otro día en una carta que no se sangrase más! Yo no sé qué desatino es el suyo, aunque lo diga el médico». En esto fue precursora del padre Feijoo y una vez más de la medicina moderna.

Aparte de las sangrías y de parecido efecto terapéutico habla la santa de las ventosas sajudas, (hoy diríamos escarificadas), pero no sabemos con seguridad si se las aplicaron a ella, por lo menos no hemos encontrado pasaje en que se haga referencia, tampoco se conoce si las sangrías que en tan repetidas ocasiones se le propinaron, se empleó la técnica griega o arábigo.

HERIDAS Y CONTUSIONES

Respecto a la terapéutica de heridas y contusiones recomienda el reposo y aconseja: «unturas y cosas para templar el calor». Se usaba en esta época Alhucema o «Lavandula vera» en fricciones contra el reuma y contusiones y también tomándolo en tintura como estimulante y, se practicaban fumigaciones buscando su poder desinfectante.

En una carta escrita el 16 de febrero de 1578 al padre Gracián, habla de su brazo fracturado: «todavía está hinchado y la mano y con un socrocio que parece de arnes y así me aprovecho poco de él».

Era el socrocio (ungüento rubio a decir de Covarrubias) un emplasto o pócima en que entra el azafrán³⁵.

Su brazo no quedó bien pues año y medio de la caída manifiesta que su brazo «iba mejorando» y también su esperanza de que, «con la más calor estará bueno». Creía la Santa, como luego veremos, en los efectos climatológicos sobre la salud y la enfermedad, pero además como ya hemos visto no le pasaba desapercibido el efecto terapéutico del calor con lo cual se adelantaba varios siglos a la moderna diatermia.

EL DOLOR

Como remedio a las cefaleas que padeció casi toda su vida, recomienda a la par que practica el reposo

³⁵ El azafrán formaba parte de numerosos remedios antiguos. Además de este unguento que también se llamaba emplasto oxicrocico del colirio astringente y del Láudano de Sydenham, que todavía sigue empleándose en nuestros días.

intelectual: «aquel día fueron tantas las cartas y negocios que estuve escribiendo hasta las dos y hizome harto daño a la cabeza; me ha mandado el doctor que no escriba jamás si no hasta las doce y algunas veces que no de mi letra, y tengo harta culpa, que por no estorbar la mañana lo pagava el dormir y como era después el escribir del vómito todo se juntaba».

Igualmente escribe el año 1580: «Yo estoy podemos decir buena y como mejor y de la flaqueza también lo estoy, que voy tomando alguna fuerza, aunque no oso escribir de mi mano. Está mi cabeza que aún con no escribir de mi mano».

Nuestra santa abulense sufrió mucho con la dentadura: «Me ha dado un mal de quijadas y se me ha hinchado un poco el rostro» (1570). Once años después en 1581 escribía a don Sancho Dávila: «Del que tiene vuestra merced de muelas me pesa mucho, porque tengo harta esperiencia de cuan sensible dolor es. Si tiene vuestra merced alguna dañada suele parecer lo están todas, digo el dolor, yo no hallaba mejor remedio que sacarla, aunque si son reumas no aprovecha».

Para la santa la patogenia del dolor es completamente distinta si se trataba de reumas. Considérese que reumas es lo mismo que corrimiento (Covarrubias). En aquella época «corrimiento» era «Fluxión de humores que carga a alguna parte del cuerpo, como a los ojos, la boca o los pechos de las mujeres»³⁶. Hoy este concepto no existe en la medicina actual. Podríamos bien suponer que el equivalente sería neuralgia, por ello dice la santa que la extracción de la muela no quita el dolor.

Santa Teresa atribuía cierta influencia a la luna en sus dolores de cabeza y hasta en sus molestias de garganta. Y no andaba equivocada pues sabemos en la actualidad la importancia que tienen las variaciones meteorológicas en el desencadenamiento de ciertos síndromes y las variaciones que sufren ciertas entidades nosológicas en relación con los climas.

EL CLIMA

Hemos comentado anteriormente la importancia que daba la madre al clima como elemento influyente en la salud. Su experiencia en este sentido es grande y la deja expresa en su epistolario.

El clima de Avila no convenía a la santa y bien lo

demuestra la carta escrita desde esta ciudad el 7 de marzo de 1572 a doña María de Mendoza: «A mi me ha probado la tierra de manera que no parece nací en ella; no creo he tenido mes y medio de salud. Por el contrario el clima de Toledo y el de Andalucía le sentaban muy bien», al presente estoy en Toledo. Habrá un año que llegué aquí y he estado hasta mejor de salud este invierno porque el temple de esta tierra es admirable» (17 de enero de 1570).

Y el 30 de diciembre de 1575 escribía desde Sevilla: «Para mi salud claro se ve mejor esta tierra y aun en parte para mi descanso». Anteriormente, el 2 de noviembre de 1568 había escrito desde Valladolid a doña Luisa de la Cerda, que residía en Toledo: «Mijor me va en esta tierra de salud y de todo que por aca».

En su perspicacia no le escapa a la santa la influencia del frío en la eclosión de algunas enfermedades. «Temo mucho el mal de los reñones con los hielos que ha hecho» (Toledo, enero de 1577 carta a María San José). Y años más tarde desde Burgos escribe en febrero de 1582 a la misma monja: «En el cambio se nos ofrecieron hartos peligros porque hacia el tiempo recio que hiban los arroyos y ríos que era temeridad. A mi me debía hacer algun daño que desde Valladolid vine con un mal de garganta, y me lo tengo, harto malo, que aunque me han hecho remedios no se acaba de quitar. No se puede comer cosa mazcada».

En esta ocasión se adelanta con su intuición muchos siglos a la moderna patología a frigore.

Todo lo expuesto nos demuestra de forma sorprendente el conocimiento médico de la santa y su finísima sensibilidad para enfocar los problemas médicos a la par que un sutil conocimiento de las reacciones del organismo humano ante la enfermedad. Podríamos hablar de su concepto de enfermedad que queda perenne en la historia de la medicina a través de sus escritos. Pero más meritorio es todavía si se encuadra lo que dijo en la época en que escribía, cuando el saber y ciencia médica casi no había alcanzado sus albores. Nuestra admiración es todavía mayor si consideramos que santa Teresa no tuvo el más elemental estudio médico ni leyó libros de medicina que de otra parte eran del todo exiguos. Razón tenía Marañón cuando escribía que, «en santa Teresa hay siempre minas nuevas que denunciar y explotar».

RAFAEL MARTINEZ SAN PEDRO

Médico. Alicante

³⁶ ALONSO M.: *Enciclopedia del Idioma*. Madrid 1958.

Pastoral hospitalaria

MISION EVANGELIZADORA DE LA IGLESIA EN EL CAMPO SANITARIO

SACRAMENTO UNIVERSAL DE NUESTRA SALVACION

Es costumbre actualmente el buscar, con rigor particular, una comprobación de la naturaleza, de la misión y de la misma estructura de la Iglesia a través de una nueva lectura de la Sagrada Escritura, del Nuevo Testamento y sobre todo de los Evangelios.

El Concilio Vaticano II, recuperando una antigua y valiente definición de la Iglesia, la presenta como «sacramento universal de nuestra salvación» (*Lumen Gentium*, 48). Además, con sabido y penetrante paralelismo, la Constitución dogmática sobre la Iglesia escribe: «Así como Cristo cumplió la obra de la redención en la pobreza y las persecuciones, la Iglesia es llamada a tomar el mismo camino para comunicar a los hombres los frutos de la salvación. Jesucristo «subsistiendo en la naturaleza de Dios se despojó, tomando la naturaleza de un siervo» (Fil 2,6s) y por nosotros «de rico que era se hizo pobre» (2 Cor 8,9); así también la Iglesia no está constituida para buscar la gloria en la tierra, sino para difundir, también con su ejemplo, la humildad y la abnegación. Así como Cristo fue enviado por el Padre para dar la buena nueva a los pobres, a curar a los que tienen el corazón contrito (Lc 4,18) a buscar y salvar aquello que estaba perdido (Lc 19,10), así también la Iglesia rodea de afectuosos cuidados a cuantos están afligidos por la debilidad humana, mejor dicho, reconoce en los pobres y en los sufrientes la imagen de su Fundador, pobre y sufriente, se preocupa

por aliviar su indigencia y entiende servir en ellos a Cristo» (*Lumen Gentium*, 8).

Sin ningún planteamiento hermenéutico ni ampliación abstracta, se infiere que la misión evangelizadora de la Iglesia es anuncio de salvación para cuantos sufren, o sea para cuantos necesitan ser salvados.

La *consolación*, de la cual hablaban los profetas (Isaías 49,13), que figura como aspiración en toda la piedad judaica, y es repetida por el viejo Simeón (Lc 2,25), se verifica en el anuncio de felicidad y de consuelo para los *pobres*, o sea para todos aquellos que, por cualquier motivo, se hallen en situación de sufrimiento (Lc 16 ss).

La entidad de la salvación traída por Cristo, es proporcional a la amplitud del dolor humano; la encarnación de Jesús es admisión del dolor humano, puesto que la condición humana es situación de sufrimiento, de límites, de esperas, de incapacidad.

La relación sufrimiento-salvación es prioritaria en la economía de la Encarnación y de la Redención. Y puesto que el mensaje de Cristo aparece como un anuncio «en obras y en palabras» (Actas, 1,1), el sufrimiento es enfrentado por Cristo, no como un problema a explicar, sino como una situación a sanar.

ACCION DE JESUS

El dolor humano —esta «roca del ateísmo»— es el objetivo principal de la acción de Jesús.

La ejemplificación neotestamentaria es hasta redundante.

Están los *enfermos del espíritu*, y Jesús les privilegia hasta el punto de recibir la humillante acusación: «He aquí un comilón y un bebedor, amigo de los publicanos y de los pecadores» (Lc 7,34). Su llamada se dirige a Leví (Mt 9,9 ss), a María de Magdala (Lc 8,2), a la pecadora anónima (Lc 7,36 s), a Zaqueo (Lc 19,1,10).

Están *los que no cuentan para nada*, «los pequeños» (Mc 9,42), los «mínimos» (Mt 25,40-45), los «simples» (Mt 11,25 ss), privilegiados en el conocimiento del mensaje de Cristo frente a los sabios y a los inteligentes (Mt 11,25).

Están *los atribulados y los oprimidos*, y Jesús les invita a ir a él, asegurándoles el alivio (Mt 11,28 s).

Después están *los verdaderos y propios enfermos*, aquellos que llevan de manera más visible y perentoria el signo del sufrimiento. ¿Qué hace el Señor? Jesús recorría toda la región de Galilea; enseñaba en las sinagogas, anunciaba el reino de Dios y *sanaba todas las enfermedades y los achaques de la gente*» (Mt 4,23).

El Señor da a los mensajeros de Juan este claro signo de reconocimiento: «Regresad a Juan y decidle lo que habéis visto y oído: Los ciegos recobran la vista, los cojos andan, los leprosos son curados, los sordos oyen, los muertos resucitan, a los pobres les es anunciada la buena nueva» (Lc 7,22).

El escueto párrafo evangélico parece la descripción, por secciones, de un hospital incluso moderno.

No es la obra de un taumaturgo, es la intervención redentora de Dios en la historia: «Si yo echo a los demonios con la potencia de Dios, quiere decir que ha llegado a vosotros el reino de Dios» (Lc 11,20).

Obsérvese con atención: hay un *qué* y un *cómo* en la acción curativa de Cristo, en el hecho de asumir al sufrimiento como objeto prioritario e inmediato de la «salvación».

Los Evangelios no nos presentan solamente el *qué*, o sea el *hecho* de la acción curativa de Cristo. Nos ilustran también el *modo*, hoy diríamos la estrategia divina.

Y precisamente considerando este *modo* es como podemos llegar a captar el núcleo esencial de la misión evangelizadora de la Iglesia en y a través del sufrimiento.

Jesús se hizo *médico* de las almas y de los cuerpos, salvador de la humanidad, tomando sobre sí todas nuestras debilidades y cargándose con todos nuestros sufrimientos.

El Evangelio de Mateo, enlazando la espera mesiánica con la misión de Cristo, dice: «Llegada la noche, le llevaron muchos endemoniados y él hechó a los espíritus con su palabra y curó a los enfermos, para que se cumpliese aquello que había sido dicho por medio del profeta Isaías: 'El ha cogido nuestros achaques y se ha endosado nuestras enfermedades'» (Mt 8,17; Is 53,4).

El sufrimiento pues, es al propio tiempo objeto y

mediación de salvación, precisamente porque el Señor no vino para los sanos, sino para los enfermos; no para los justos, sino para los pecadores. En esta antítesis paradójica está el reconocimiento de que todos los hombres están enfermos y pecadores y que todos tienen necesidad de la salvación.

LA IGLESIA MEDIADORA DE SALVACION

La Iglesia, llamada a continuar y cumplir la obra de Cristo, quiso situarse desde el principio como mediadora de salvación.

Pedro y Juan confiesan al enfermo sentado en la puerta del templo que no tienen oro ni plata para él; sin embargo, en nombre de Cristo le devuelven la salud.

A menudo se intentan explicaciones inadecuadas del valor que empujaba a los discípulos de Cristo y a los mártires a enfrentarse con la muerte en nombre de Jesús. En realidad, la única y cumplida explicación está precisamente en la recta interpretación de la escuela de Cristo. Como Cristo, sus verdaderos seguidores se sumergieron en la fuerza curativa de la redención; esta adhesión implicaba, al igual que Cristo, asumir el sufrimiento hasta la muerte. Persecuciones, dificultades, privaciones, sufrimientos, no representaban obstáculos en el camino de la evangelización, sino su más verdadero y originario *humus*, precisamente porque sólo muriendo y descomponiéndose la semilla de la verdad habría dado después mucho fruto.

La confirmación histórica ofrecida por la Iglesia desde sus inicios, tiene una puntual respuesta a través de los siglos y hasta hoy. Hasta una lectura no victimista ni retórica del reciente y grave atentado a la vida del santo Padre se coloca, con coherencia, en la naturaleza misma de la vida y de la misión de la Iglesia. Si la enfermedad actual es sobre todo la violencia, no puede extrañar que quien se haga cargo de ella sea precisamente aquel que, por misión, trabaja por la salvación del mundo asumiendo sus debilidades y enfermedades.

Pero veamos, por un instante, la misión evangelizadora de la Iglesia en el campo sanitario a través de los siglos. Pocas indicaciones son suficientes para dibujar un cuadro imponente que, desgraciadamente, la historia *civil* del mundo tiende a ignorar.

El estudio de las formas más antiguas de *diaconía* confirma que ésta tenía un marcado carácter asistencial. A las primitivas diaconías se unieron los *xenodocos*, asilos que germinalmente eran precursores de los futuros hospitales.

Ulteriormente, el monaquismo produjo un incremento decisivo. La célebre *Basiliada*, fundada por san Basilio en los alrededores de Cesarea, configuraba una auténtica ciudad hospitalaria, mientras en Belén, san Jerónimo, durante su larga estancia en Palestina, creó un asilo llamando a nobles y santas mujeres de Roma para dirigirlo.

Se reconoce a los monjes de *Benito de Norcia* un

enorme mérito en la recogida, en la transmisión y en la divulgación de la ciencia médica y en el impulso a las primeras estructuras para una asistencia organizada a los enfermos.

LA MEDICINA AL SERVICIO DE TODOS

Con la edad feudal empieza a desarrollarse, junto a la obra precursora de la Iglesia, la de la sociedad civil: la obra de ambas continuaba sin embargo, al mismo paso. Piénsese que el hospital de Santo Spirito de Roma fue fundado por el Papa Inocencio II en 1198 y fue el mayor en el mundo occidental de su tiempo.

Para limitarnos a Italia, podemos recordar que en el tiempo de las Señorías se hicieron las primeras construcciones de imponentes hospitales en todas partes del territorio, aunque la grandeza exterior no estaba siempre acompañada por la eficiencia de las estructuras y, sobre todo, a la ampliación de la asistencia sanitaria a todos. Los hospitales de Santa María della Scala, en Siena, de los Inocentes en Florencia, del hospital Maggiore de Milán, llevan la firma de Domenico Bartolo, de Brunelleschi y de Luca della Robbia y de Filarete.

Fue precisamente en pleno período humanístico y renacentístico cuando la Iglesia aportó su contribución decisiva a implantar una medicina *al servicio de todos*. Dos nombres resumen una obra vastísima, decisiva y original a la vez: Juan de Dios (1495-1550) y Camilo de Lelis (1550-1614): las dos biografías, sumadas cronológicamente, forman más de un siglo.

Juan de Dios, portugués (aunque vivió desde niño en España), fundador de la orden hospitalaria de los Fatebenefratelli, o simplemente de San Juan de Dios; Camilo de Lelis, italiano, fundador de los Ministros de los enfermos o camilos.

Muchos ignoran que Juan de Dios fue *el primero* en dictar nuevas normas para los hospitales y, entre ellas, las siguientes disposiciones de una capital importancia: la división de los hospitales en departamentos para las diferentes enfermedades; la disposición de que hubiese una sola cama para cada enfermo, cuando hasta entonces, en Europa, cada cama o lecho llegaba a reunir hasta cinco enfermos.

Con Camilo de Lelis la asistencia a los enfermos fue decisiva sobre todo en los períodos de pestilencias y epidemias, puesto que sus seguidores se atenían a la regla de servir con preferencia a los enfermos más repugnantes, salvándoles de la marginación y del abandono.

Es difícil imaginarnos hoy la *novedad* que representaba todo esto. Pero es suficiente pensar en la cadena sanitaria que se establecía alrededor de los peregrinos, de los forasteros, de los pobres, en los períodos de epidemias, pues a ellos se les atribuía la mayor causa del contagio.

Tanto Juan de Dios como Camilo de Lelis, anticiparon un concepto que se ha hecho corriente en la medi-

cina moderna: el de la medicina psicosomática, es decir, de la medicina entendida como instrumento destinado a implicar, en la curación del enfermo, tanto la enfermedad física como los disturbios y las consecuencias psíquicas que la acompañan.

Para estos santos y para sus seguidores, la asistencia religiosa era mucho más que una presencia confesional: era asistencia al enfermo integral, el cual, como escribió un gran médico, no permite solamente curarse del mal específico que le aqueja, sino a conseguir volver a vivir serenamente y, en el caso de enfermedades incurables, permite consciente o inconscientemente poder dar un sentido a su propio sufrimiento.

UN DERECHO-DEBER PARA LA COMUNIDAD ECLESIAL

Con la posterior entrada de la asistencia sanitaria pública, la Iglesia fue abandonando gradualmente su función de suplencia. Esto no significa que abandone el campo de la asistencia sanitaria a los enfermos. Los lugares de sufrimiento y de curación continúan siendo para la Iglesia el lugar privilegiado de su evangelización.

Ello origina un derecho-deber para la comunidad eclesial de estar presente en los lugares de sufrimiento y cura. Presencia del todo compatible, mejor dicho integrante, de la asistencia garantizada de la sociedad civil.

El problema se presenta hoy bajo algunos aspectos frente a los cuales hay que tener un claro conocimiento de algunos límites y rémoras que parecen frenar un total compromiso de los cristianos.

Teológica e históricamente es evidente la estrecha relación entre la misión evangelizadora de la Iglesia y su inserción directa en el campo sanitario.

La crisis de vocaciones, al diezmar la presencia de sacerdotes, religiosos y religiosas en los lugares de sufrimiento y de curación, ha puesto en evidencia una carencia que se viene notando hace tiempo. No son solamente los pastores los que están comprometidos en la evangelización de la Iglesia en el campo sanitario, sino toda la comunidad eclesial, pues la salvación de Cristo interviene con mayor evidencia y plenitud donde está el hombre que sufre. Y si toda la misión evangelizadora de la Iglesia encuentra su cumplimiento en el impacto con el sufrimiento, *es toda la Iglesia* la que está implicada y no sólo una parte de ella, aunque fuese la más representativa.

Esta toma de conciencia ha sido perentoriamente reafirmada por el actual pontífice Juan Pablo II el cual, en sus ya numerosos encuentros con los enfermos y no solamente en estas circunstancias, ha dicho repetidamente que hay que considerar al sufrimiento, la cruz de los que están afligidos, como el manantial y el estímulo de su ministerio. El Señor, en sus inescrutables designios, ha permitido que hoy el mismo pontífice comparta una condición que, con valentía, llamó *privi-*

legiada. ¿Por qué no querer admitir que esto sea «un signo de los tiempos», una indicación profética para toda la Iglesia y para toda la humanidad?

La cátedra de Pedro está actualmente en un hospital. El altar de la mediación salvadora está configurado en una cama de dolor y las paredes de un lugar de sufrimiento. El templo donde el papa *celebra* hoy no se llena ni se vacía, pero garantiza una vela permanente.

Sería indiscreto e inoportuno forzar las imágenes o elevar la realidad a símbolo excesivamente figurado. Es un hecho, sin embargo, que el pastor de la Iglesia universal llama hoy a su rebaño desde un lugar de dolor, así como el Señor atrajo a sí todas las cosas.

Basta ver en esta indicación *histórica* una llamada a una mayor concienciación de la comunidad eclesial en materia de asistencia a los enfermos.

EL CAMPO SANITARIO ES LA NUEVA TIERRA DEL EVANGELIO

He tenido ocasión, recientemente, de decir que el campo sanitario es «la nueva tierra del Evangelio»: nueva, no por ser desconocida para la experiencia de la Iglesia, sino porque ha sido reencontrada en plenitud.

Quisiera añadir algunas consideraciones sobre el particular. Considerada en relación con el mundo o campo sanitario, la misión evangelizadora de la Iglesia se presenta con dos caracteres extraordinariamente estimulantes: su *singularidad* y su *versatilidad*.

La singularidad consiste en el hecho de que, al acercarse al mundo del sufrimiento, la Iglesia, Cuerpo Místico de Cristo y por ello Cristo mismo, se acerca al enfermo en su totalidad: no solamente como enfermo físico, sino como necesitado de salud espiritual; no sólo como simple individuo, sino como miembro de un núcleo familiar, de una comunidad civil, de una estructura social; no sólo como creyente, si lo es, sino como hombre de su tiempo, condicionado por la cultura, por la mentalidad, por las exigencias de nuestro tiempo. Este acercamiento a todo el hombre fija de manera inequívoca la totalidad de la misión evangelizadora de la Iglesia y su singular exclusividad.

De ahí se deriva una consecuencia obligada. Esto es posible a condición de que sea toda la Iglesia la que se acerque al mundo del sufrimiento. La Iglesia universal y la Iglesia local, los grupos, las asociaciones, las organizaciones eclesiales, todos los creyentes. La legitimidad, y diría la profesionalidad singular de los creyentes, frente al mundo sanitario, está asegurada por la totalidad de su compromiso que, como es obvio, deberá estar encuadrado en las misiones de cada uno.

Una toma de conciencia renovada de esta verdad, implicará también, sin duda, la creación de estructuras adecuadas. Pero considero que, precisamente a propósito de estructuras, es necesario recordar el otro aspecto de la misión evangelizadora de la Iglesia en el campo

sanitario: su versatilidad. El tema podría resultar complejo, pero quiero ser escueto en las indicaciones.

Estructuras que, en su tiempo fueron muy valiosas, pueden presentar o ya presentan, una irreversible caducidad. No tendría sentido emplear personas y medios al servicio de tales estructuras, desde el momento en que son éstas las que deben estar al servicio del hombre.

Si se me permite usar un lenguaje voluntariamente provocativo, quisiera decir que también en este campo, la extraordinaria posibilidad de la Iglesia, da la impresión de quien, debiendo recorrer cien metros, recorre noventa y ocho y no se comprende por qué no consigue recorrer los dos restantes. Dicho de otra manera, existen todas las premisas para un compromiso macizo, orgánico, pertinente, oportuno, eficaz de toda la comunidad eclesial en el campo sanitario; pero de todas estas premisas no surgen las esperadas consecuencias.

¿Por qué? Aducir como pretexto el miedo a la *novedad* es un argumento muy trillado, puesto que cuando se quiere hacer, la dificultad de encontrar la forma es marginal. Probablemente la dificultad es otra y nace de un inexplicable desdén o pereza. Se duda en tomar conciencia de la ejemplaridad del campo sanitario para la evangelización.

En algún caso se demora el querer transferir al sector tan comprensivo de la asistencia, o mejor dicho, de la atención a los enfermos, formas y métodos adoptados en sectores mucho menos comprensivos y representativos. Se teme —aunque sea sólo metodológicamente— aceptar el criterio inverso.

Utilizando una expresión característica, pero no paradójica, yo diría que el enfermo impone la pastoral, desafía a la catequesis, comprueba nuestra manera de evangelizar. De esta imposición, de este desafío y comprobación puede brotar el apremio a la versatilidad, a la creatividad, a la adaptabilidad de nuestra acción pastoral. Ahora bien, precisamente en esta dialéctica está la fuente de la eficacia.

Aquel que sufre no posee ningún otro título para ser ayudado en su sufrimiento: no obstante, precisamente al presentarnos dicho título, nos permite que descubramos la común condición humana.

San Juan Crisóstomo, en un texto muy eficaz, dice: «Nosotros no hacemos la caridad a las costumbres, sino al hombre: debemos sentir comprensión no por la virtud sino por la desventura, para que *nosotros también* podamos obtener del Señor gran misericordia, y *nosotros también, aunque seamos indignos*, podamos gozar de su benevolencia». (Homilía segunda sobre Lázaro, 1). Y en otro texto análogo afirma: «Ayuda a los pobres, socorre a los hambrientos, consuela a los que sufren y no busques más allá. Porque si quisiéramos averiguar sobre la vida de los demás, no sentiríamos nunca compasión por nadie». (Homilía sobre la misericordia, 6).

El impacto con el que sufre crea inmediatamente una

(Termina en la página siguiente)

LA PASTORAL SANITARIA, RESPONSABILIDAD DE TODO EL PUEBLO DE DIOS

La corresponsabilidad de todo el Pueblo de Dios en la Pastoral Sanitaria, ha sido el tema de la VI Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria de Madrid.

Deseando partir de la realidad, se utilizó como material básico de reflexión y estudio, experiencias de corresponsabilidad previamente seleccionada y relatadas por escrito. De ellas, 12 se desarrollan en parroquias, 11 en hospitales, 3 son de asociaciones y movimientos de la Iglesia en el mundo de la salud, y 5 de secretariados diocesanos de Pastoral Sanitaria.

El conjunto de experiencias fue iluminado desde tres

ángulos diferentes: sociológico, eclesiológico y pastoral. Queremos ofrecer, en síntesis, lo más sobresaliente de las tres iluminaciones.

ILUMINACION SOCIOLOGICA

Corrió a cargo de Joan Bestard Comas, sociólogo y director del secretariado de la Comisión Episcopal de Pastoral. Su exposición se centró en los puntos siguientes:

Los grandes desafíos ante los que se encuentra hoy la Pastoral Sanitaria

Analizó, en primer lugar, el cambio socio-cultural que hoy experimentamos. Este —dijo— no es un simple cambio de *clima*, sino un cambio profundo en el que se están revisando sustancialmente las ideas, actitudes, vivencias y valores, al mismo tiempo que les reestructura según una nueva jerarquía. Este cambio radical y acelerado exige una seria educación permanente. Hoy ya no es posible vivir de rentas. Tendremos que renunciar a la tranquilidad que dimana de unos conocimientos adquiridos y espolear nuestra creatividad en el campo de la Pastoral Sanitaria.

Señaló, seguidamente, el desafío de la técnica y la profesionalización. Son éstas dos características de la moderna medicina, en las que sus pros y contras son manifiestos. La ciencia, la técnica y la profesionalización han salvado muchas vidas, pero estos mismos medios, absolutizados, corren el riesgo de despersonalizar el ser humano, al enfermo. Estos peligros hacen urgentes, en el campo de la Pastoral Sanitaria, la vivencia de la caridad, no sólo en su dimensión personal sino también en su dimensión estructural. Ser servidores de la caridad estructural, en la Pastoral Sanitaria, significa no sólo valorar y tratar a los enfermos como personas, sino también procurar que la estructura y organización de los centros hospitalarios sea más humana.

(Viene de la página anterior)

verdad de relación. De esta verdad puede nacer una continuada novedad de intervención a nivel pastoral. Novedad que amplía indefinidamente las posibilidades, para todos cuantos pretenden seguir a Cristo, hacerse hermanos de los demás.

Es decir, que la misión evangelizadora de la Iglesia en el campo sanitario apunta directamente a lo esencial, es decir, a crear la *comunidad*, la implicación de aquél que atiende y del que es atendido. Evangelizando a los enfermos la Iglesia se realiza a sí misma y se hace iglesia con los enfermos. Donde no puede crear la igualdad, crea la unidad, por la cual el Señor dijo que el mundo reconocería a sus discípulos (Juan 13,35).

Nosotros nos acercamos al hermano porque sufre, pero lo sentimos hermano en cuanto sufre. El tiene el mismo nombre de Cristo porque tiene un dolor. Nos lo ha dicho el Señor, haciendo de ello la razón de nuestro juicio interior: sabremos reconocerle y encontrarle, si no habremos reconocido en quien sufre.

Monseñor FLORENCIO ANGELINI

LA PASTORAL SANITARIA, RESPONSABILIDAD DE TODO EL PUEBLO DE DIOS

La corresponsabilidad de todo el Pueblo de Dios en la Pastoral Sanitaria, ha sido el tema de la VI Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria de Madrid.

Deseando partir de la realidad, se utilizó como material básico de reflexión y estudio, experiencias de corresponsabilidad previamente seleccionada y relatadas por escrito. De ellas, 12 se desarrollan en parroquias, 11 en hospitales, 3 son de asociaciones y movimientos de la Iglesia en el mundo de la salud, y 5 de secretariados diocesanos de Pastoral Sanitaria.

El conjunto de experiencias fue iluminado desde tres

ángulos diferentes: sociológico, eclesiológico y pastoral. Queremos ofrecer, en síntesis, lo más sobresaliente de las tres iluminaciones.

ILUMINACION SOCIOLÓGICA

Corrió a cargo de Joan Bestard Comas, sociólogo y director del secretariado de la Comisión Episcopal de Pastoral. Su exposición se centró en los puntos siguientes:

Los grandes desafíos ante los que se encuentra hoy la Pastoral Sanitaria

Analizó, en primer lugar, el cambio socio-cultural que hoy experimentamos. Este —dijo— no es un simple cambio de *clima*, sino un cambio profundo en el que se están revisando sustancialmente las ideas, actitudes, vivencias y valores, al mismo tiempo que les reestructura según una nueva jerarquía. Este cambio radical y acelerado exige una seria educación permanente. Hoy ya no es posible vivir de rentas. Tendremos que renunciar a la tranquilidad que dimana de unos conocimientos adquiridos y espolear nuestra creatividad en el campo de la Pastoral Sanitaria.

Señaló, seguidamente, el desafío de la técnica y la profesionalización. Son éstas dos características de la moderna medicina, en las que sus pros y contras son manifiestos. La ciencia, la técnica y la profesionalización han salvado muchas vidas, pero estos mismos medios, absolutizados, corren el riesgo de despersonalizar el ser humano, al enfermo. Estos peligros hacen urgentes, en el campo de la Pastoral Sanitaria, la vivencia de la caridad, no sólo en su dimensión personal sino también en su dimensión estructural. Ser servidores de la caridad estructural, en la Pastoral Sanitaria, significa no sólo valorar y tratar a los enfermos como personas, sino también procurar que la estructura y organización de los centros hospitalarios sea más humana.

(Viene de la página anterior)

verdad de relación. De esta verdad puede nacer una continuada novedad de intervención a nivel pastoral. Novedad que amplía indefinidamente las posibilidades, para todos cuantos pretenden seguir a Cristo, hacerse hermanos de los demás.

Es decir, que la misión evangelizadora de la Iglesia en el campo sanitario apunta directamente a lo esencial, es decir, a crear la *comunidad*, la implicación de aquél que atiende y del que es atendido. Evangelizando a los enfermos la Iglesia se realiza a sí misma y se hace iglesia con los enfermos. Donde no puede crear la igualdad, crea la unidad, por la cual el Señor dijo que el mundo reconocería a sus discípulos (Juan 13,35).

Nosotros nos acercamos al hermano porque sufre, pero lo sentimos hermano en cuanto sufre. El tiene el mismo nombre de Cristo porque tiene un dolor. Nos lo ha dicho el Señor, haciendo de ello la razón de nuestro juicio interior: sabremos reconocerle y encontrarle, si no habremos reconocido en quien sufre.

Monseñor FLORENCIO ANGELINI

La sociedad de consumo fue el tercer desafío analizado. Sociológicamente, se podría presentar a la sociedad consumista como un tipo de sociedad dominada por el utilitarismo, movida por una refinada filosofía del bienestar, por el deseo del máximo lucro y por una lucha agresivamente competitiva en todos los campos. La sociedad consumista canoniza el *tener*, el *poder* y el *acaparar*, olvidando el *compartir* o relegándolo a un segundo plano.

Ante esta realidad deshumanizada y deshumanizante que, a veces, presenta el campo de la sanidad, los trabajadores sanitarios creyentes, aun contando con que es difícil, casi heroica, la vivencia cristiana de la cruz, debemos adoptar: una postura crítica y transformadora, de solidaridad con los más débiles, de cooperación con todos los que deseen construir una sociedad más justa y más humana, en la que se preste una atención especial al mundo de la salud.

El proceso de secularización es otro condicionamiento que incide fuertemente en la Pastoral Sanitaria. Consiste en una menor presencia pública de la Iglesia y de la religión en la sociedad. Tiene su aspecto positivo, ya que gracias a él la sociedad camina hacia su edad adulta. Ante esta situación, la Iglesia ha de recuperar la confianza en sí misma como comunidad religiosa de salvación.

Para la Iglesia la autocomprensión de la propia identidad es mucho más importante que la identificación con una tarea de suplencia en un momento determinado. Los elementos básicos de esa identidad son: la conversión a Dios, la aceptación y vivencia del Evangelio, la celebración sacramental de la salvación y la vivencia de la fraternidad evangélica en un mundo que ya no dirige, pero al que está dispuesta a servir para que sea más justo y más humano.

El realismo sociológico, criterio próximo de la Pastoral Sanitaria

No es posible, afirmó Joan Bestard, una adecuada Pastoral Sanitaria concebida como corresponsabilidad y tarea de todo el pueblo de Dios, si no tenemos muy en cuenta el realismo sociológico.

Si queremos de verdad servir a la persona enferma concreta, y no a una persona abstracta *prefabricada* por nuestra imaginación, hemos de conocerla de cerca y saber enmarcarla en las circunstancias sociológicas precisas que la condicionan.

A la hora de transmitir al enfermo la fe en Jesús o de profundizar en ella, sepamos hacer un análisis objetivo de la realidad y detectar con clarividencia los nuevos signos de los tiempos.

Aportación de los enfermos al mundo de hoy, desde una perspectiva simplemente humana

A la luz de la lectura detenida de las experiencias se deduce que los enfermos pueden ser factores de

relativización de las cosas, de *realismo*, de *solidaridad*, de *crítica*. Y estos son elementos importantes porque cuestionan los *grandes valores* de esta sociedad productiva como son: la eficacia, el poder, el prestigio. Porque ante el misterio del dolor y de la muerte, lo que de verdad cuenta es la bondad, la solidaridad y, en definitiva, el amor.

ILUMINACION ECLESIOLOGICA

Monseñor Javier Osés, obispo de Huesca y responsable de la Pastoral Sanitaria en España, asumió la ponencia preparada por Joaquín Losada, teólogo y profesor de la universidad de Comillas y le puso su sello como pastor de la Iglesia y como cercano al gran mundo de la sanidad.

Tras afirmar la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud como una realidad con un gran peso por su universalidad en el tiempo y en el espacio y realizada por tantas personas, grupos e instituciones eclesiales dedicadas al cuidado de los enfermos, pasó a situarla en nuestro actual contexto histórico.

La presencia de la Iglesia en el mundo de la salud es juzgada hoy polémicamente a causa de las tendencias secularistas y estatalistas y de pontificar el principio de subsidiariedad. Hemos de asumir —dijo— las interpelaciones de este cambio sociocultural cualitativo tan profundo y replantearnos, desde la fe, los fundamentos, objetivos y formas de hacerse presente en este complejo mundo sanitario el cristiano y la comunidad cristiana. En las nuevas circunstancias, la Iglesia no puede renunciar a lo que pertenece a su mismo ser de Iglesia, que es anunciar el Evangelio, uno de cuyos elementos esenciales es la atención a los enfermos.

Describió algunas formas actuales de presencia de la Iglesia en el mundo sanitario y los rasgos de la nueva conciencia de Iglesia, sobre todo a partir del Vaticano II.

En su análisis de las experiencias de corresponsabilidad presentadas, resaltó como positivo: la sensibilidad creciente ante los problemas del mundo de los enfermos, la conciencia de la responsabilidad laical, la preferencia evangelizadora por los pobres, la valoración de la persona y el respeto a su dignidad y a sus derechos, y el deseo de humanización y de cambio estructural.

Puso asimismo de manifiesto algunos aspectos negativos que aparecen en las experiencias: la fuerte clericalización, la dificultad en la incorporación responsable de los laicos, ciertos acentos paternalistas en la acción asistencial, predominio de las acciones individualistas y escasez de las comunitarias, escasa inserción en las estructuras asistenciales seculares, poca coordinación con otros servicios similares.

Como conclusiones presentó los rasgos característicos

de la presencia de la Iglesia servidora y responsable en el mundo de la salud:

— La acción debe ser comunitaria y desde la comunidad.

— Hay que llegar a formar comunidades cristianas dentro de los centros sanitarios.

— Estas comunidades deben configurarse según la nueva conciencia de Iglesia del Vaticano II.

— Debe existir cercanía y colaboración con las estructuras seculares de la asistencia sanitaria del mundo moderno, apreciándolas, valorándolas y aceptándolas.

— La comunidad debe dar su reconocimiento y aceptación al carisma peculiar de los enfermos creyentes.

— Debe buscarse una mayor apertura al complejo mundo del enfermo.

— Hay que valorar el hecho de que la presencia del enfermo reaviva en la Iglesia la dimensión escatológica, o de horizonte último, en que debe moverse la vida entera.

— Hay que prestar especial atención a las asociaciones y movimientos en favor de los enfermos.

ILUMINACION PASTORAL

José Angel Ubieta, pastoralista y director del Instituto Diocesano Teológico-Pastoral de Bilbao, iluminó, desde la pastoral, el tema global de la reunión. El conferenciante dividió la exposición en tres partes:

Reflexiones sobre la respuesta del pueblo de Dios en la Pastoral Sanitaria

— La Iglesia ha vivido y vive una tradición de presencia activa junto al enfermo a través de épocas y culturas diversas. Sabe que así prolonga la acción de Cristo y que de la demostración de misericordia que ella haga, depende la claridad de la revelación del rostro de Dios Padre.

De aquí que la Pastoral Sanitaria sea una de las creencias más convincentes de la Iglesia presente en el mundo.

— La Pastoral Sanitaria es una acción desde la fe cristiana que proclama el Evangelio, celebra el misterio de Cristo en la vida y en la liturgia y actúa como testimonio vivo, ágil e imaginativo. Es una pastoral pobre y, precisamente, en esta falta de brillantez estriba su encanto y su fuerza de convicción.

— El pueblo de Dios es responsable de la Pastoral Sanitaria. La comunidad eclesial, el pueblo de Dios, es el sujeto al que se le encomienda la Pastoral Sanitaria como una parte de la misión que el Señor le confía en cada época. Como consecuencia, el pueblo de Dios habrá

de tomar, ante la Pastoral Sanitaria, una actitud positiva, activa, de disponibilidad y de actuación personal o de grupo según los casos.

— La corresponsabilidad es una de las formas de comunión y de participación que hace transparente el verdadero ser de la Iglesia y a la cual es hoy muy sensible el pueblo cristiano.

Una aproximación o diagnóstico sobre el momento de la responsabilidad del pueblo de Dios

Podríamos resumir así los datos globales de las experiencias presentadas que, en general, son cualificadas:

— El pueblo cristiano aparece poco sensibilizado activamente en la realización de la Pastoral Sanitaria. Causa de esta deficiencia es la unión que, a veces, se da entre sacramentalización y clericalización.

— Sin embargo, el pueblo cristiano reacciona con generosidad ante las situaciones cercanas de dolor o enfermedad. Y las experiencias demuestran que sabe asumir la responsabilidad cuando una adecuada pedagogía catequética y sacramental le propone el sentido de su postura activa.

— Respecto a lo que llamamos servicios especiales existen experiencias que manifiestan la conciencia práctica de una Iglesia de comunión con responsabilidades compartidas.

— Como dificultades para esta corresponsabilidad podrían señalarse: la falta de formación en algunos sacerdotes que les impide abrirse a estas realizaciones de corresponsabilidad, la no existencia de cauces para que los trabajadores sanitarios laicos encuentren su puesto en la Pastoral Sanitaria y la ausencia de una pedagogía cristiana adecuada de cara a la actuación de los grupos comunitarios existentes.

Sugerencias sobre la tarea pastoral

Uno de los objetivos de las jornadas es buscar cauces y formas concretas de corresponsabilidad para lo que son precisos dos proyectos distintos:

Ideario o proyecto global. Cuando se trata de elaborar una programación es preciso tener a la vista el ideario o proyecto global. Ideario que es más o menos cercano a la utopía, pero que marca el ideal hacia el que se camina.

En las ponencias de estos días y en las experiencias estudiadas encontraremos material válido para elaborar el ideario de la Pastoral Sanitaria. Nos encontraremos también con sombras y vacíos, pero hallaremos unas líneas fundamentales que vemos se van clarificando y que debemos tener en cuenta.

Líneas de acción inmediatas, objetivos, medios prácticos próximos.

Además del ideario global es preciso saber dónde estamos, cuáles son las principales dificultades, qué campos de trabajo exigen más atención, para lo cual conviene que tengamos en cuenta los medios que nos proporciona la sociología.

Como objetivos prioritarios cabría señalar:

— Las estructuras catequéticas para una sensibilización del pueblo de Dios como responsable de la Pastoral Sanitaria.

— Qué procedimientos serían necesarios para *redimir* a la Unción de los enfermos de ser la *extrema* Unción.

— Formación permanente de los agentes de pastoral.

— Incorporar a un equipo de teólogos y pensadores que acompañen cercanamente a la Pastoral Sanitaria.

— La presencia de los profesionales en las estructuras de la Pastoral Sanitaria.

— El proceso de los ministerios laicales con una misión estable encomendada al laicado.

Conclusión

La Pastoral Sanitaria es responsabilidad y tarea de todo el pueblo de Dios. No es precisamente cuestión de organización, sino que se juegan en ella valores más serios, más evangélicos. La Pastoral Sanitaria en función de los valores evangélicos, permite presentar al mundo un rostro convincente de Dios Padre y seguir anunciando a los hombres la buena noticia de que Dios nos ama siempre.

La responsabilidad de todo el pueblo de Dios es transparencia al mundo, de una Iglesia servidora a través de quienes tienen la vivencia de la fe: sacerdotes, religiosos, religiosas, laicos. Si falta alguien, el cuerpo quedará incompleto y, por consiguiente, faltará algo para el entendimiento con el mundo actual.

LINEAS DE ACCION

Los asistentes a la VI reunión nacional de delegados diocesanos de Pastoral Sanitaria, presididos por Monseñor Osés, tras el estudio de la situación de la pastoral como responsabilidad y tarea de todo el pueblo de Dios y su iluminación socio-teológico-pastoral, presentan las siguientes *líneas de acción* y los medios para ponerlas en práctica.

Realismo sociológico

En nuestra Pastoral Sanitaria se impone una línea de sano realismo sociológico que sea capaz de detectar e interpretar con clarividencia los signos de los tiempos y afrontar los desafíos del cambio sociocultural, la técnica, la profesionalización, el consumo, la secularización

y el pluralismo. Sin este realismo sociológico corremos el peligro, en nuestro trabajo pastoral, de dar respuestas estereotipadas a preguntas que nadie nos hace.

Sensibilización

Consideramos necesario y urgente sensibilizar y mentalizar a todo el pueblo de Dios para que pueda vivir con sentido la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, descubra la importancia evangélica de la Pastoral Sanitaria, como signo de credibilidad de su misión, y se responsabilice de ella.

Para lograrlo, proponemos, entre otros, los siguientes medios:

— La información frecuente, de palabra y por escrito, a los obispos, pastores del pueblo de Dios, tanto a nivel personal como de Conferencia Episcopal.

— La presencia de los encargados de la Pastoral Sanitaria en las reuniones diocesanas de Pastoral General.

— La presencia del obispo y/o vicario de pastoral en alguna de las reuniones de Pastoral Sanitaria.

— La comunicación y contacto frecuente de las delegaciones diocesanas de Pastoral Sanitaria con los seglares y sus movimientos, los religiosos(as) sanitarios, los capellanes y sacerdotes de parroquias, los enfermos y demás miembros del pueblo de Dios.

— La difusión de experiencias.

— La elaboración de catequesis sencillas sobre temas de Pastoral Sanitaria, en colaboración con el Secretariado Nacional de Catequesis.

— La inclusión de algunos temas de Pastoral Sanitaria en los textos escolares de formación religiosa.

— La celebración de jornadas y semanas de mentalización periódica y/u ocasional.

Formación

Es precisa, hoy más que antes, la capacitación y formación específica y permanente de todo el pueblo de Dios y muy especialmente de los capellanes, religiosos(as) y seglares que trabajan en el mundo de la salud.

En orden a promoverla e impulsarla, proponemos:

— La elaboración de un plan de formación integral de Pastoral Sanitaria contando con la colaboración de los organismos competentes.

— La introducción de la Pastoral Sanitaria en los planes de estudio de los seminarios, casas de formación de religiosos(as), facultades de teología, institutos de pastoral.

— La puesta en marcha y realización de un curso de Pastoral Sanitaria en uno de los institutos de pastoral que existen en España.

— El estudio y puesta en marcha, si se ve posible, de la modalidad de cursos a distancia de Pastoral Sanitaria.

— El acercamiento de este mundo de la salud, con toda su riqueza y problemática, a los teólogos y pensadores de la Iglesia para que le presten la atención que se merece.

— La potenciación e intensificación de las jornadas de estudio y reflexión, reuniones, convivencias, cursillos y seminarios que se vienen realizando a nivel local, zonal, diocesano, regional y nacional.

— La difusión de los materiales de formación que ya existen.

Presencia activa de los seglares

Reconociendo el derecho, la responsabilidad y la misión específica de los seglares cristianos, profesionales o no, dentro del pueblo de Dios presente en el mundo de la salud, nos proponemos —como línea de acción prioritaria— ayudarles a asumir el papel que les corresponde, como miembros activos, en la Pastoral Sanitaria.

Consideramos indispensable la progresiva incorporación de los enfermos, ancianos y minusválidos, como miembros activos, a la misión de la Iglesia en el mundo de la salud.

Para ello, creemos conveniente:

— El estudio de la misión específica del seglar en el pueblo de Dios presente en el mundo de la salud.

— El conocimiento y la prestación de nuestro apoyo y ayuda a los movimientos y asociaciones de seglares que existen en el mundo de la salud.

— El estudio, con el Secretariado de Apostolado Seglar, de la creación de movimientos especializados de profesionales de la salud.

Coordinación

Al ser todo el pueblo de Dios responsable de la Pastoral Sanitaria, es indispensable que sus miembros se conozcan y enriquezcan mutuamente, y coordinen sus esfuerzos y actividades a fin de hacer más transparente el ser de la Iglesia.

Para lo cual, proponemos, entre otros, los siguientes medios:

— Que las delegaciones diocesanas comuniquen al secretariado nacional sus programas, propuestas, objetivos y actividades, así como los diversos materiales que elaboren y publiquen.

— Que el secretariado nacional informe periódicamente a las delegaciones diocesanas de las comunicaciones y materiales recibidos, les ofrezca los medios de que dispone y coordine aquellas acciones que hayan de llevarse a cabo conjuntamente.

— Que las delegaciones diocesanas de Pastoral Sanitaria comuniquen sus planes y programas a las otras delegaciones y organismos pastorales de la diócesis y les pidan las colaboraciones que necesiten.

— Que los nombramientos de capellanes de hospital se hagan previa consulta a la delegación diocesana de Pastoral Sanitaria.

— Que, tanto a nivel diocesano como regional y nacional, se frecuente el contacto y relación con la Federación Española de Religiosas Sanitarias (FERS), los religiosos sanitarios y los movimientos y asociaciones de la Iglesia en el mundo de la salud.

— Que se promueva y potencie el trabajo y coordinación de la pastoral sanitaria a nivel regional.

— Que las delegaciones diocesanas estimulen y fomenten, desde los consejos diocesanos de pastoral y desde las distintas demarcaciones pastorales, la coordinación de los proyectos y acciones de Pastoral Sanitaria en parroquias y hospitales.

EL PUEBLO DE DIOS Y SU MISION ANTE EL ENFERMO

CURSILLO DE FORMACION SANITARIA EN LUGO

Organizado por la Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria se celebró en Lugo, en diciembre del pasado año, el II Cursillo de Formación Sanitaria. El tema tratado fue *El pueblo de Dios y su misión ante el enfermo*. La delegación se proponía con este cursillo fomentar en los profesionales cristianos que trabajan en centros sanitarios la reflexión sobre su misión y responsabilidad como miembros del pueblo de Dios presente en el hospital, ayudarles a descubrir la gran riqueza humana y de valores cristianos que los enfermos pueden aportarles y, por último, vigorizar los grupos cristianos existentes en los hospitales e impulsar la creación de otros nuevos.

Dirigieron el cursillo Rudesindo Delgado, director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, y Jesús Conde, delegado diocesano de Pastoral Sanitaria de Madrid. Los participantes, alrededor de los cien, eran en su mayoría profesionales sanitarios seculares de los diversos centros de Lugo; había también capellanes, religiosas y sacerdotes de varias parroquias urbanas y rurales. El obispo de la diócesis, padre José Gómez, presidió la Eucaristía final y en ella alentó a ser signos elocuentes ante los enfermos del amor y ternura de Dios y a dejarnos evangelizar por los enfermos y a darles el lugar privilegiado que les corresponde dentro de la Iglesia.

Ofrecemos un breve resumen de cada una de las ponencias y de las aportaciones de los participantes en su trabajo de grupos, como un servicio a los que están trabajando en otras partes guiados por los mismos deseos e ilusión de ayudar a los que sufren.

MISION DEL PUEBLO DE DIOS Y DE SUS DIFERENTES MIEMBROS EN EL CENTRO SANITARIO

El centro sanitario, como lugar asistencial, es una institución que ha sufrido grandes transformaciones en

los últimos tiempos y, por ello, requiere en los cristianos —aunque no sólo en ellos— un replanteamiento de su forma de presencia y de su acción terapéutica y testimonial.

Su dependencia de una organización del cuidado de la salud, basada en criterios ideológicos, políticos y económicos de carácter secular, así como su enfoque asistencial, en que prima la atención fraccionada y organicista, choca en parte con las convicciones de los cristianos, que entienden la vida humana y la salud desde la doctrina y la praxis de Jesús de Nazaret.

La comprensión del ser humano como pluridimensional —ser biológico, psicológico, social y espiritual, ético y religioso— y de la salud entendida como realización plena de las posibilidades humanas, constituyen dos exigencias irrenunciables de la buena nueva de Jesús, que sus discípulos aspiran a conseguir comunitariamente para ellos y para sus semejantes.

Esta es en síntesis la misión del pueblo de Dios, que hay, sin embargo, que concretar y adaptar al marco y a las exigencias del centro sanitario. Para explicitar en lo posible tal concreción y adaptación se ha llevado a cabo un trabajo de grupos, cuyo planteamiento y resultados se ofrecen a continuación:

PRIMERA CUESTIÓN

*Principales características —u objetivos—
de la misión del pueblo de Dios
en el centro sanitario*

Respuestas:

- Acogerle con cariño a su llegada.
- Visitar al *enfermo* en el hospital.
- Crear un clima de confianza y ayuda en torno a él.
- Tratarle como a una persona, no como a un número.
- Atender a toda su persona y a su entorno.
- Ayudarle a mejorar su vida y, si es necesario, a bien morir.
- Aprender a compartir sus vivencias.

— Obrar de tal manera que el enfermo sienta que se vive su enfermedad y que Dios se ocupa de él.

— Esforzarse por conocerle y, para ello, escucharle.

— Respetarle.

— Suministrarle una información clara y procurar quitar sus miedos.

— Evitar favoritismos en el trato y rechazar las situaciones de injusticia.

— Ser voz de los que no tienen voz.

— Ver en el enfermo a Cristo.

Atender a la familia del enfermo

— Considerarla pieza clave de la asistencia y procurar no separarla del enfermo.

— Infundirle confianza y ayudarle a prestar, a su vez, ayuda a su pariente.

Preocuparse también por el personal sanitario

— Intentar conocerlo y darse a conocer.

— Intentar comprender a los demás.

— Ser persona y respetar a las demás personas.

— Fomentar un trato más humano.

— Dar ejemplo en el cumplimiento del deber.

— Evangelizar mediante el compañerismo y la amistad.

Evangelizar,

aprovechando para ello todas las ocasiones

— Preocupación constante por crecer en la fe.

— Sensibilizar en ella a los demás.

Construir la comunidad cristiana en el hospital

— Es necesaria, indispensable.

— Vivir las celebraciones.

— Fomentar la creación del grupo cristiano, con conciencia de Iglesia.

SEGUNDA CUESTIÓN

¿Qué puede aportar específicamente al centro sanitario una comunidad cristiana?

Respuestas: La condición del cristiano, traducida al trabajo en equipo y a la asistencia al enfermo.

— Humanización de la técnica.

— Descubrir como meta de la vida el amor y respeto a la vida de todo ser humano.

— Dar una visión cristiana de la enfermedad y la muerte.

— Testimonio práctico de la fe: hacer el trabajo con agrado y dignidad, y con amor y sentido de servicio.

— Servicio humilde y valiente a la vez.

— Atención integral al enfermo, y ayuda a la familia.

— Denuncia de las injusticias desde y con respaldo de la comunidad cristiana.

— Animar a revisar actitudes tanto en el enfermo como en el personal sanitario.

— Defensa, desde el cristianismo, de los derechos de los enfermos.

— Solidaridad, compañerismo, clima de confianza y apoyo en el trabajo.

TERCERA CUESTIÓN

Explicitar todo lo posible

el papel de los laicos cristianos en el centro sanitario

Respuestas: El laico es cristiano de primera división; su función es la presencia del cristianismo en las estructuras seculares.

— Para enfermos y trabajadores laicos, evangelizadores laicos.

— Hablar desde el cristianismo sobre problemas como la masificación hospitalaria.

— Influir, con su testimonio, en todos los estamentos sanitarios.

— Si son de verdad personas, no difiere mucho la función de laicos y religiosos.

— Preparar y orientar la labor del capellán con los enfermos.

— Demostrar que la fe abarca todas las situaciones de la vida.

EL ENFERMO, MIEMBRO ACTIVO Y PLENO DEL PUEBLO DE DIOS: SU APORTACION AL MUNDO ACTUAL Y A LA IGLESIA

Ciertamente, el enfermo no es tratado como miembro pleno y activo en nuestro mundo (centros sanitarios) y en nuestra Iglesia (comunidades parroquiales, grupos). Pero también es cierto que se ha iniciado un cambio en la forma de tratarlo y que un deseo cada día más extendido de humanizar la asistencia hace mirar el futuro con mayor optimismo. El dedicar nuestra atención al tema presente quiere ser un reconocimiento y una aportación en orden a situar al enfermo en el lugar que le corresponde dentro de la asistencia sanitaria y muy especialmente dentro de la pastoral sanitaria.

Si nos acercamos a ellos en actitud de discípulos, pueden enseñarnos mucho. *A nivel puramente humano*, pueden ser:

— Un *factor de relativización de las cosas y de crítica de los valores* que vivimos en nuestra sociedad: éxito, eficacia, ambición, consumo.

— Un motor para *restaurar otros valores en crisis*: la alegría del servicio, el ayuno de las cosas, la paciencia activa, lo gratuito, el poder de la ternura, apreciar y vivir el ahora, la dignidad de la persona.

— Un *factor de realismo*: ellos nos recuerdan nuestro ser real, nos descubren nuestros límites y nuestras enormes posibilidades.

— Un *factor de solidaridad*: son un reto a nuestra caridad y a nuestro sentido de justicia; tienen el poder de suscitar atención y servicio.

A *nivel de fe*, su aportación se enriquece y gana en profundidad. Ellos son:

— Un *factor de relativización y de crítica de los valores* y formas de actuar de la Iglesia y una llamada a volver a los valores evangélicos tantas veces olvidados en la praxis pastoral.

— Un *factor de realismo*: enseñan a la Iglesia su ser más auténtico: pobre, débil, peregrina, crucificada, le recuerdan su misión y su forma de desempeñarla con medios pobres.

— Un *factor de solidaridad*, de bondad y de amor. La realidad misma del mal que hace que cuestionemos a Dios, estimula de hecho un amor activo que nos sitúa más cerca de los demás y de Dios.

— Un *ejemplo* que estimula, arrastra y da valor para afrontar otras situaciones. En él, descubrimos el poder de Cristo y la fuerza de una fe auténtica.

— Los que *nos muestran* el rostro de Jesús y lo más original del Dios cristiano: un Dios sufriente que comparte hasta el fondo el dolor del hombre y desde ahí salva.

A la luz de estas aportaciones, es fácil descubrir la misión y el papel irremplazable de los enfermos no sólo para con los enfermos sino también para con los sanos: Ellos nos evangelizan. No son sólo receptores, también son dadores y maestros. No son seres diferentes, son también personas. Por su experiencia, son capaces de comprender mejor y de animar a sus hermanos enfermos en las dificultades y problemas, inquietudes y necesidades, crisis y rebeliones.

Jesús les dio en su vida un lugar de preferencia y las comunidades cristianas primitivas lo mismo. Trabajemos para que hoy recuperen el lugar de preferencia que les pertenece.

PRIMERA CUESTIÓN

¿Qué han aportado a tu vida los enfermos a los que has cuidado y visitado y tu vivencia de la enfermedad, en caso de haber estado enfermo?

Respuestas: Su forma de afrontar y vivir la enfermedad, el dolor y la misma muerte con resignación, fortaleza, heroísmo, esperanza, alegría y serenidad, manteniéndose firme en la fe y el amor a Dios, preocupándose de los demás (compañeros, familia) captando las atenciones y delicadezas que se tienen con ellos, agradeciendo los más mínimos detalles nos han enseñado y aportado:

— Ver lo que somos y tenemos los que estamos sanos: *apreciar y cuidar la salud* y la vida y agradecerla a Dios. Somos ricos con nuestra salud.

— Ser *humildes*: somos poca cosa.

— Mayor capacidad de reflexión y de interiorización que facilitan un mejor conocimiento de nosotros mismos.

— *Interrogantes*, preguntas, interpelaciones.

— Animo y fuerza para afrontar mis problemas.

— *Mayor sensibilidad* a los problemas de los demás. Ser menos egoísta.

— Olvidarme de mis problemas para compartir los suyos y ayudarle a superarlos y aceptarlos.

— Querernos, comprendernos, *tratarlos con mayor naturalidad*, estar con ellos, no decirles un montón de palabras que suenan a vacío.

— *Más realismo en la vida*: relativizar muchas cosas a las que antes dábamos un valor más absoluto.

— Valorar lo bueno de la vida.

— Valorar y explotar las facultades y posibilidades que tenemos.

— *Serenidad* para afrontar los trabajos y dolores de la vida y la misma muerte.

— A la luz del proceso de maduración del enfermo, hemos llegado a descubrir aspectos y valores positivos en el sufrimiento.

— Superar las apariencias para llegar al conocimiento profundo de las personas, pues la enfermedad baja a todos del pedestal y nos hace iguales.

— Ejercitar la paciencia con los demás y con nosotros mismos.

— Mayor madurez y equilibrio en mi vida.

— Motivos para sentirnos satisfechos en nuestra profesión, al ver que lo que hacemos por ellos y con ellos les ayuda.

— Me han ayudado a realizarme en la vida y a encontrar a Dios.

SEGUNDA CUESTIÓN

¿Cómo favorecer y estimular la presencia activa y plena de los enfermos en la comunidad cristiana? ¿Qué podemos hacer?

Respuestas:

— Hay que *crear mentalidad* en sanos y enfermos de que «todos somos miembros activos en el Pueblo de Dios» y que «todos y cada uno tenemos nuestra misión».

— *Escucharles*: que sepan algo de nuestras vidas, eso les da confianza y les ayuda a abrirse y desahogarse. Dejarles expresarse, lo necesitan.

— *Promover la colaboración* del enfermo con el enfermo y facilitar las relaciones entre ellos.

— Invitarles y ayudarles a *participar* en los proyectos y actividades de la comunidad cristiana (celebraciones, fiestas). Contar con ellos y consultarles.

— Ayudarles a permanecer activos y desarrollar sus cualidades y posibilidades, a fin de *no aniñarles* más aún de lo que a veces están.

— Hacerles ver que *son útiles* y necesarios y que también aportan a los demás. Para ello revalorizar y reforzar lo que aportan aunque sean pequeñas cosas.

— *Informarles* y sobre todo educarles para vivir con sentido la salud y la enfermedad. Acompañarles

en su proceso de maduración para descubrir con ellos el sentido del dolor.

— Tenerles *presentes en nuestra comunidad* — presencia física cuando sea posible, espiritual siempre— y ofrecerles la ayuda que necesitan. Que en las preces de los fieles se ore por ellos, nombrándoles.

— Fomentar en nosotros *actitudes y comportamientos* que les ayuden a ser sujetos responsables y activos:

- Escucha.
- Sin prisas.
- Convencimiento de que son personas.
- Aceptación.
- No hacer distinciones entre recuperables y no recuperables.
- Actitud de pobreza al acercarnos a ellos y tratarlos.
- Respeto profundo de su persona y su vida.
- Acompañarles.
- Valorarles: «Tú eres importante para mí. Eres el centro de mi atención». Te necesito.

TERCERA CUESTIÓN

¿Qué podemos hacer para que los enfermos sean más el «centro» del hospital?

Respuestas:

— *Concienciar* al personal sanitario de que el hospital está exclusivamente por y para el enfermo y de que su misión es prestarle una atención integral.

— Trabajar por unas *estructuras sanitarias* de asistencia, más pequeñas y mejor repartidas para que los enfermos acudan a los centros más cercanos y se sientan más en su propia comunidad.

— Aligerar la *burocracia*.

— Promover la *educación sanitaria*.

— *Informar* al enfermo de sus derechos y no sólo de sus obligaciones.

— Reclamar el respeto de los derechos de los enfermos.

— *Denunciar* las injusticias y el incumplimiento del deber y exigir responsabilidades a las personas que trabajan con los enfermos.

— *Humanizar* la técnica, situándola en su lugar.

— Organizar todo en función del enfermo, pensando en él, haciéndole partícipe y promotor de su tratamiento, permitiéndole opinar.

— *Tratarle como persona*; llamarle por su nombre, siempre que sea posible; mostrarle interés y preocupación y ver en él una persona que sufre; no despojarle de todo al entrar en el centro (ideas, ropa) que no sea un número sobre el que todos opinan menos él.

— Ser *auténticos profesionales humanizados*. Fomentar la competencia profesional al máximo, al mismo tiempo que se procura estimular cada vez más las motivaciones profundas del ejercicio de la profesión (ver en el enfermo a Cristo, satisfacción del trabajo bien realizado, no trabajar sólo por la remuneración económica).

— *Revisar* nuestras actuaciones, comportamiento y actitudes ante el enfermo. Ser justos y honestos.

— *Formar grupos* en el interior de los centros que se propongan metas concretas y tareas a realizar y revisar.

— Igualdad en el trato.

— Promover la ayuda necesaria para que los enfermos *mueran con dignidad* en el hospital.

— Fomentar en los enfermos con los que tratamos *actitudes positivas*, tales como:

— Voluntad de luchar.

— Colaboración activa con los que le cuidan.

— Toma de resoluciones sobre su enfermedad.

— Combatir el desánimo.

— No abusar de los otros.

— Ser indulgentes.

— Preocupación por los demás.

— Agradecimiento.

— Permanecer activo.

EL GRUPO CRISTIANO EN EL HOSPITAL

RESUMEN DE LA PONENCIA

La misión del pueblo de Dios en el centro sanitario necesita un *replanteamiento metodológico* y, *más aún, de fondo*, consistente básicamente en un enfoque comunitario y una estrategia de equipo.

El *enfoque comunitario* ha de replantearse porque sin comunidad no hay Iglesia, y ese ha sido durante años uno de los descuidos mayores de los cristianos en el mundo de la salud. Hemos pecado de individualistas, olvidando con ello aspectos muy importantes de la misión evangélica. Tales aspectos, dichos en pocas palabras, son los siguientes:

— Jesús reunió en torno a sí un grupo de discípulos, para proclamar su misión.

— Con ese mismo objetivo, ya durante su misma vida, los envió de dos en dos.

— Toda la dinámica expansionadora del cristianismo se realizó en y desde las comunidades cristianas.

— La comunidad, pues, como modo de vida y de realización de la misión de Jesús, pertenece al núcleo mismo del cristianismo.

Pero hay también razones metodológicas y ambientales que tener en cuenta, a la hora de replantear la misión cristiana en el hospital:

— El cristiano aislado, tratando de aportar sus valores al ambiente hospitalario, tal y como éste se halla estructurado en la actualidad, queda absorbido y diluido.

— Pero, a la vez, es ya una experiencia manifiesta que las grandes estructuras sanitarias, al haberse hecho desmesuradamente grandes, han perdido en eficacia y a menudo son más una rémora que un modo de servir a los enfermos y a los problemas de la salud.

— Por último, es también una experiencia contemplada y sancionada por los sociólogos que el vigor y la garra, a la hora de los planteamientos y de la acción, se encuentra en la actualidad en los pequeños grupos.

Así, pues, son razones de fondo tanto como de metodología las que avalan al *grupo cristiano* como agente de la misión del pueblo de Dios.

Concretando aún más, digamos que, como agente de la misión de la Iglesia, el grupo cristiano ha de desarrollar las tres formas en que aquélla se traduce: evangelización, celebración y acción caritativa. Sobre qué formas concretas deben revestir estas tres facetas de la misión de la Iglesia dentro del ámbito hospitalario, van a versar las preguntas orientadoras del trabajo de grupos.

RESUMEN DEL TRABAJO DE GRUPOS Y DE LA PUESTA EN COMUN

Sugerencias concretas sobre cómo evangelizar en el hospital desde una experiencia de equipo

— Evangelizar contando con la realidad del enfermo y de la enfermedad. Actitud de acogida y de entrega total hacia el que sufre.

— Para formar el grupo, contar con todos los compañeros(as) de trabajo que muestren vocación cristiana. Influir en el mismo trabajo para suscitar en él un clima de alegría.

— Contar también con las capacidades de todos y cada uno de los candidatos a integrarse en el grupo. Para ello animar el mutuo conocimiento y aceptación, y tomar conciencia de las actitudes tanto positivas como negativas. Respetar el ritmo de las personas.

— Procurar ir creando una relación de amistad entre los miembros del grupo y estimular el sentido del humor.

— Hacer hincapié en el programa a realizar, marcando unas metas, unos objetivos.

— Evaluar periódicamente los resultados.

Sugerencias concretas sobre cómo plantear y llevar a cabo las celebraciones litúrgicas

— Aprovechar las celebraciones y revitalizarlas para que sirvan también como medio de cohesión y de unión.

— Asumir como tarea del grupo cristiano el potenciar el carácter comunitario de las celebraciones. Que todo el grupo participe en su preparación. Ampliar dicha preparación, extendiéndosela en cuanto sea posible a los mismos enfermos.

— Información previa sobre las celebraciones y el carácter que van a tener, como medio para que la gente se anime a participar.

— Cuidar los tiempos litúrgicos y traducir su significación al mundo de los enfermos y sus cuidados.

— Nombrar a los enfermos que no puedan asistir a la Eucaristía y recomendarlos al Señor.

— Establecer, sobre todo en el medio rural, la celebración del *Día del enfermo*, para que su celebración sirva de catequesis ante los demás.

— Redescubrir la Unción de los enfermos y cuidar su celebración comunitaria.

Sugerencias concretas sobre cómo vivir la misión cristiana en la acción de asistir a los enfermos

— Establecer dentro del grupo cristiano un objetivo de formación en los aspectos prácticos de la asistencia a los enfermos: compañía, escucha, conversación, ideas adecuadas sobre el valor de la enfermedad, el servicio de la comunidad cristiana.

— Reflexión periódica sobre Jesús como modelo de cuidador de enfermos.

— Testimonio cristiano a través del cumplimiento del deber y la solidaridad entre los miembros del grupo.

— Empeño en que el grupo sea abierto, tanto a la colaboración con otros grupos y personas, como a la acogida de quienes estén interesados en sus tareas y modo de vida.

— Integrar a los enfermos que lo deseen dentro del grupo, escuchar sus sugerencias y darles responsabilidades.

Noticario

Hospitales

EL ABUSO DE LOS FARMACOS

Desde que en Italia fue instituido un servicio mutualístico los organismos que lo componen han acumulado un déficit enorme a pesar de los importantes pagos efectuados por el dador de trabajo y por los trabajadores. Esta situación se ha creado principalmente por la enorme prescripción de fármacos que es solicitada a los médicos por parte de los beneficiarios. El hecho se explica porque en el italiano existe una especie de mito en relación con los medicamentos, el cual ha sido explotado por las industrias farmacéuticas para producir centenares de productos completamente inútiles.

Para aclarar mejor esta información debemos entender lo que es un fármaco. Se entiende por fármaco cualquier sustancia usada para modificar y explorar sistemas fisiológicos o estados patológicos, en beneficio del paciente. Esta definición propuesta por un grupo de expertos de la OMS, reúne bajo la denominación fármaco los medicamentos, substancias de acción curativa y las substancias diagnósticas empleadas para efectuar o hacer posible o facilitar un diagnóstico. El fármaco puede ser de origen natural o se puede obtener en laboratorio a través de procesos de síntesis. Además es necesario añadir que, por las características individuales de cada uno de nosotros, las diferentes acciones de un fármaco son modificadas y por lo tanto el medicamento no responde de la misma manera en dos organismos diferentes.

Como hemos dicho antes, existe en Italia una superabundancia de fármacos inútiles y otros pueden provocar efectos secundarios desagradables, como por ejemplo los antibióticos que pueden causar graves alergias, los adelgazantes que perjudican (son muy a menudo extractos tiroideos conteniendo principios activos de la hormona tiroidea) la actividad cardíaca y el funcionamiento de la tiroides, los tranquilizantes y los hipnóticos que pueden producir dependencia; en resumen no existe medicamento, aunque sea con la acción más benéfica, que no sea potencialmente perjudicial.

Como ocurre muy a menudo nuestras autoridades sanitarias intervienen en todo esto con retraso y, a veces, de manera criticable; un ejemplo de ello es el de los graves efectos secundarios del aminofenazone, reconocidos

por los farmacólogos americanos desde el año 1964; en Italia este producto y sus derivados han circulado libremente hasta hace poco tiempo. A esta consideración puede unirse un informe de la federación nacional de las órdenes de los médicos, según el cual resulta que las casas farmacéuticas tuvieron una facturación global en millones el año 1975 que alcanzaba alrededor de los 2 000 000; en el mismo año, cada italiano gastó directamente o a través de las mutualidades unas 30 000 liras en la compra de medicamentos.

Algunos años antes la facturación era de alrededor de 567 000 millones; esta enorme diferencia no está en relación con el crecimiento de la población ni con el consiguiente aumento del número de los beneficiarios de las mutualidades, ni con el aumento del coste de los medicamentos, pero indica sin una sombra de duda un general y siempre más frecuente uso de los fármacos por parte de todas las clases sociales, especialmente entre los trabajadores y sus familias. Este fenómeno forma parte del exceso de medicación en la vida que se ha ido desarrollando con el tiempo en nuestra nación, lo cual conduce forzosamente a un contraste entre los fines que la medicina se fija y los resultados que consigue obtener: la curación de muchas enfermedades crea otras determinadas por efectos farmacológicos imprevistos o subvalorados (pensemos en el caso de la talidomida a mediados de los años sesenta).

Una investigación llevada a cabo en 7 ciudades italianas por el laboratorio de farmacología clínica del Instituto Giovanni Negri refiere que el 80 % de los fármacos prescritos son empleados como placebo, es decir como medio psicológico y no como medio químico biológicamente activo. Esta tendencia se justifica por el tiempo cada vez más reducido de que dispone el médico para establecer una relación humana con el paciente y por lo tanto también por la imposibilidad de curar a través de un coloquio que pueda ahuyentar las dudas o los temores que a menudo son la base de las molestias acusadas por el paciente.

Los italianos sufren «fármaco-manía» viendo aún en el fármaco algo mágico, pretenden curarse ellos solos, no juzgan bueno al médico que receta pocas medicinas; todas las viviendas están provistas de una «farmacia» que a menudo contiene también fármacos deteriorados, y a la cual se acude para resolver sin la ayuda del médico incluso afecciones de alguna importancia. Esta actitud ha producido consecuencias importantes, piénsese por ejemplo en el fenómeno de los antibióticos (el uso inconsiderado ha hecho que se hayan creado cepas bacterias resistentes a toda terapia). Pero hay también otros aspectos del pro-

blema; no hay que olvidar los condicionamientos que ejerce la industria farmacéutica sobre aquellos que actúan en la sanidad empujándoles a prescribir fármacos también donde no sean necesarios.

Por lo que se refiere a los efectos secundarios imprevisibles veamos a continuación algunos de estos efectos causados por fármacos que habitualmente son considerados como productos inocuos. La aspirina por ejemplo puede provocar fenómenos hemorrágicos, lesiones ulcerativas a cargo de la mucosa gastroduodenal y en casos, afortunadamente raros, la peligrosísima gastritis hemorrágica que causa la muerte del individuo en breve tiempo; entre los antibióticos la penicilina es la más peligrosa a causa de la posibilidad de causar graves alergias que llegan hasta el shock anafiláctico; los antiirreumáticos a base de cortisona o aminofenazona pueden provocar también manifestaciones hemorrágicas, lesiones ulcerativas a cargo de la mucosa gastroduodenal, a veces manifestaciones alérgicas de tipo urticaroides: el empleo indiscriminado de laxantes puede producir colitis e incluso una estiptiquez invencible.

Estos son solamente algunos ejemplos de la potencialidad hiatrogenética de los fármacos, los cuales nos indican la falta de información de la población respecto a este problema; naturalmente se hace muy poco para que la divulgación mejore la situación, también porque una reducción en la venta de los productos farmacéuticos perjudicaría a demasiados intereses. Ciertamente la educación sanitaria juega un papel fundamental para resolver este problema, pero la misión del educador no se presenta fácil a menos que éste sea ayudado por la clase médica que tanto ha contribuido en la realización de esta situación. Efectivamente no es probable que la invitación a usar de los fármacos con discreción sea recogida por la población a menos que tal invitación no provenga de una personalidad indiscutible en el plano científico. Ciertamente la introducción del ticket es una óptima medida para limitar el derroche de fármacos, pero resuelve sólo en parte el problema.

Efectivamente, una acción de educación sanitaria debería ir dirigida también hacia los médicos, que con el contacto diario con el paciente tienen la posibilidad de hacer cambiar la tendencia de sus propios usuarios. Pienso que esta acción de sensibilización debería ser actuada a nivel de la Universidad juntamente con un curso de psicología práctica que ayude al recién doctorado en sus relaciones con el paciente. Es convencimiento de muchos que a menudo hace más una buena explicación que una terapia médica. En esta situación tan caótica la clase de los farmacéuticos ha tenido el mérito de iniciar una campaña educativa intentando limitar la venta de los fármacos sin receta médica; desgraciadamente en las farmacias se observan a menudo escenas de indignación por parte del usuario al cual se le rehúsa el fármaco por carecer de la receta médica. Esta es una actitud que debe ser cambiada a través de una acción educativa capilar que debería poder utilizar a los «mass-media» para ser más incisiva y penetrante.

Merecen párrafo aparte los psicofármacos, ansiolíticos y tranquilizantes en general, cuyo uso ha ido aumentando a causa del stress producido por la siempre mayor alienación presente en la sociedad. Estos fármacos pueden actuar de manera doble: hacer recobrar al que los consume un cierto equilibrio psíquico, pero al mismo tiempo debilitan

las capacidades de reacción frente a las situaciones ansiosas características de nuestro tiempo. Sustancialmente estos preparados tienen solamente una acción sobre el síntoma pero sin remover la causa del mismo. Mucha gente utiliza estos fármacos como placebo, pero sin darse cuenta que a la larga se establece una dependencia. Obviamente para hacer frente a este problema sería necesario cambiar los hábitos de vida particularmente en las grandes ciudades; en efecto, según un informe de ventas resultó que el uso de psicofármacos en las grandes ciudades es proporcionalmente muy superior respecto a las zonas rurales. Como se ve el problema del uso y abuso de los fármacos presenta múltiples aspectos, pero para todos cuantos actúan en el ámbito sanitario debería ser un honor el ofrecer una contribución para resolverlo.

Dr. L. BERTAGNOZI

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH

Pastoral

HUESCA

LOS SUBNORMALES, PREFERIDOS DE DIOS

Reflexión de Mons. Osés

En España hay alrededor de 300 000 subnormales. Y para ellos, para su atención y educación, existen unas 53 000 plazas especializadas. Hagamos cuentas y veremos cómo quedan unos 250 000 subnormales que no reciben atención de la sociedad. Esto quiere decir que los pasos dados en favor de ellos son todavía muy tímidos.

En teoría sí que hemos aprendido que los subnormales son personas, que son sujetos de derechos humanos. Sabemos también que tienen unas limitaciones psíquicas y físicas que los colocan por debajo del nivel normal de la mayoría de las otras personas y que, por ello, no pueden trabajar, o que sólo pueden realizar cierto tipo de actividades, pero no pueden desenvolverse solos en la vida.

Y los cristianos sabemos también que los subnormales, precisamente por esa deficiencia surgida en el juego misterioso de la vida y de la naturaleza humanas, son los preferidos de Dios y que igualmente deben ser nuestros preferidos.

Y hasta para quien sólo tuviera un sentido humanitario, los subnormales son objetivo de especial atención.

Nuestra sociedad está llena de contradicciones. Junto a permitir lesiones graves a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona, como son las guerras, los terrorismos y las violencias, va progresando dentro de ella la atención a quienes han sido o son marginados por diversas causas. Así sucede hoy con los ancianos, los niños abandonados y los subnormales.

Menos mal que ya se van superando los tiempos en que los padres ocultaban al hijo subnormal, como si éste fuera un desdoro para la familia. Al menos vamos reconociendo la actitud maravillosa de los padres, hermanos y familiares que vuelcan sobre él su afecto y que, con muchos esfuerzos y sacrificios, organizan su vida en torno

blema; no hay que olvidar los condicionamientos que ejerce la industria farmacéutica sobre aquellos que actúan en la sanidad empujándoles a prescribir fármacos también donde no sean necesarios.

Por lo que se refiere a los efectos secundarios imprevisibles veamos a continuación algunos de estos efectos causados por fármacos que habitualmente son considerados como productos inocuos. La aspirina por ejemplo puede provocar fenómenos hemorrágicos, lesiones ulcerativas a cargo de la mucosa gastroduodenal y en casos, afortunadamente raros, la peligrosísima gastritis hemorrágica que causa la muerte del individuo en breve tiempo; entre los antibióticos la penicilina es la más peligrosa a causa de la posibilidad de causar graves alergias que llegan hasta el shock anafiláctico; los antiirreumáticos a base de cortisona o aminofenazona pueden provocar también manifestaciones hemorrágicas, lesiones ulcerativas a cargo de la mucosa gastroduodenal, a veces manifestaciones alérgicas de tipo urticaroides: el empleo indiscriminado de laxantes puede producir colitis e incluso una estiptiquez invencible.

Estos son solamente algunos ejemplos de la potencialidad hiatrogenética de los fármacos, los cuales nos indican la falta de información de la población respecto a este problema; naturalmente se hace muy poco para que la divulgación mejore la situación, también porque una reducción en la venta de los productos farmacéuticos perjudicaría a demasiados intereses. Ciertamente la educación sanitaria juega un papel fundamental para resolver este problema, pero la misión del educador no se presenta fácil a menos que éste sea ayudado por la clase médica que tanto ha contribuido en la realización de esta situación. Efectivamente no es probable que la invitación a usar de los fármacos con discreción sea recogida por la población a menos que tal invitación no provenga de una personalidad indiscutible en el plano científico. Ciertamente la introducción del ticket es una óptima medida para limitar el derroche de fármacos, pero resuelve sólo en parte el problema.

Efectivamente, una acción de educación sanitaria debería ir dirigida también hacia los médicos, que con el contacto diario con el paciente tienen la posibilidad de hacer cambiar la tendencia de sus propios usuarios. Pienso que esta acción de sensibilización debería ser actuada a nivel de la Universidad juntamente con un curso de psicología práctica que ayude al recién doctorado en sus relaciones con el paciente. Es convencimiento de muchos que a menudo hace más una buena explicación que una terapia médica. En esta situación tan caótica la clase de los farmacéuticos ha tenido el mérito de iniciar una campaña educativa intentando limitar la venta de los fármacos sin receta médica; desgraciadamente en las farmacias se observan a menudo escenas de indignación por parte del usuario al cual se le rehúsa el fármaco por carecer de la receta médica. Esta es una actitud que debe ser cambiada a través de una acción educativa capilar que debería poder utilizar a los «mass-media» para ser más incisiva y penetrante.

Merecen párrafo aparte los psicofármacos, ansiolíticos y tranquilizantes en general, cuyo uso ha ido aumentando a causa del stress producido por la siempre mayor alienación presente en la sociedad. Estos fármacos pueden actuar de manera doble: hacer recobrar al que los consume un cierto equilibrio psíquico, pero al mismo tiempo debilitan

las capacidades de reacción frente a las situaciones ansiosas características de nuestro tiempo. Sustancialmente estos preparados tienen solamente una acción sobre el síntoma pero sin remover la causa del mismo. Mucha gente utiliza estos fármacos como placebo, pero sin darse cuenta que a la larga se establece una dependencia. Obviamente para hacer frente a este problema sería necesario cambiar los hábitos de vida particularmente en las grandes ciudades; en efecto, según un informe de ventas resultó que el uso de psicofármacos en las grandes ciudades es proporcionalmente muy superior respecto a las zonas rurales. Como se ve el problema del uso y abuso de los fármacos presenta múltiples aspectos, pero para todos cuantos actúan en el ámbito sanitario debería ser un honor el ofrecer una contribución para resolverlo.

Dr. L. BERTAGNOZI

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH

Pastoral

HUESCA

LOS SUBNORMALES, PREFERIDOS DE DIOS

Reflexión de Mons. Osés

En España hay alrededor de 300 000 subnormales. Y para ellos, para su atención y educación, existen unas 53 000 plazas especializadas. Hagamos cuentas y veremos cómo quedan unos 250 000 subnormales que no reciben atención de la sociedad. Esto quiere decir que los pasos dados en favor de ellos son todavía muy tímidos.

En teoría sí que hemos aprendido que los subnormales son personas, que son sujetos de derechos humanos. Sabemos también que tienen unas limitaciones psíquicas y físicas que los colocan por debajo del nivel normal de la mayoría de las otras personas y que, por ello, no pueden trabajar, o que sólo pueden realizar cierto tipo de actividades, pero no pueden desenvolverse solos en la vida.

Y los cristianos sabemos también que los subnormales, precisamente por esa deficiencia surgida en el juego misterioso de la vida y de la naturaleza humanas, son los preferidos de Dios y que igualmente deben ser nuestros preferidos.

Y hasta para quien sólo tuviera un sentido humanitario, los subnormales son objetivo de especial atención.

Nuestra sociedad está llena de contradicciones. Junto a permitir lesiones graves a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona, como son las guerras, los terrorismos y las violencias, va progresando dentro de ella la atención a quienes han sido o son marginados por diversas causas. Así sucede hoy con los ancianos, los niños abandonados y los subnormales.

Menos mal que ya se van superando los tiempos en que los padres ocultaban al hijo subnormal, como si éste fuera un desdoro para la familia. Al menos vamos reconociendo la actitud maravillosa de los padres, hermanos y familiares que vuelcan sobre él su afecto y que, con muchos esfuerzos y sacrificios, organizan su vida en torno

al hijo, hermano o familiar subnormal. Y también la sociedad mira con ojos de atención, respeto y admiración a estas familias.

Esto es algo, pero todavía es muy poco. El problema de la subnormalidad tiene una dimensión social: no lo puede solucionar cada familia, como no es solucionable, por sólo los padres, el problema de la educación de sus hijos.

Las grandes declaraciones formales se las lleva el viento y, en ocasiones, suelen ser un modo hábil de engañar y de querer engañarnos. Y una ligera mirada a nuestra sociedad nos advierte que ella está construida para que triunfen los fuertes: los fuertes de salud física y mental y, más aún, los fuertes en poder económico y en privilegios sociales.

En nuestra sociedad los débiles no tienen sitio. Este es el caso de los subnormales: no hay sitios especializados para su rehabilitación integral; su escolarización es, a todas luces, insuficiente; los puestos de trabajo para ellos casi no existen; para ellos la educación deportiva apenas se insinúa y hasta su promoción religiosa no ha sido abordada en serio.

En la solución del problema de la subnormalidad, todos hemos de sentirnos implicados personalmente. Pero, ¿y yo qué puedo hacer?, nos estamos preguntando seguramente.

En el aspecto de la relación humana, para nosotros los subnormales deben dejar de ser un mundo aparte. Deben entrar en nuestras vidas, en nuestros centros de interés. Hemos de querer conocer los que hay en nuestro barrio y pueblo, hemos de ver la posibilidad de echar una mano a la familia del hijo subnormal, al que han de vigilar, atender incesantemente, y hemos de sentir la preocupación de su presente y de su futuro.

¿Levantamos la voz ante situaciones de injusticia? Aquí tenemos una clarísima injusticia.

Levanten la voz aquellos a quienes se la hemos dado en el Parlamento, en las Diputaciones y en los Municipios. Levanten su voz las Asociaciones de barrio. Levantemos todos nuestra voz. Y, junto a las voces, pongamos nuestro esfuerzo y sacrificio.

Huesca ha iniciado esta tarea, la cual exige fuertes recursos económicos. Colaboremos todos con nuestras aportaciones, sí, de verdad, somos conscientes de que éste es uno de nuestros grandes problemas sociales.

Este «Día del Subnormal» que hoy celebramos, debe ser una ocasión para que pongamos manos a la obra con la mayor diligencia.

¿Qué querrías, qué pedirías, si en tu casa hubiese un familiar subnormal?

Si amas al prójimo como a ti mismo (Mateo 19, 19), ya sabes lo que tienes que hacer.

JAVIER
Obispo de Huesca

BARCELONA

MEDICOS CRISTIANOS DE CATALUÑA

En la entrevista realizada por José L. Redrado a su presidente, doctor José M.^a Massons, se hace una breve historia de la Hermandad de San Cosme y San Damián y cómo en estos momentos está prácticamente muerta.

En vistas de esta realidad e inspirados por el deseo de asociarse, surgen en Cataluña, entre 1965-70, una serie de

contactos con la Federación Internacional de Médicos Católicos; se asiste a algunas de sus reuniones y congresos; se envían cartas a los obispos y a los médicos; al fin se crea la Asociación de Médicos Cristianos de Cataluña, adheridos a la federación europea. En este momento existe un proyecto de estatutos para presentar al gobierno civil de Barcelona.

«La finalidad de esta Asociación es agrupar a aquellos profesionales de la medicina cuya actuación se basa en los valores cristianos de respeto integral a la vida, a la libertad y a la dignidad humanas en íntima unión de otros colegas del resto del mundo.

La Asociación de Médicos Cristianos de Cataluña se inspira en sus actividades en las enseñanzas de la Iglesia católica, sin discriminaciones por causas religiosas, políticas, lingüísticas, sociales y raciales.

La asociación promoverá y colaborará en iniciativas que redunden en una mejor información y conocimiento de las ciencias médicas, así como de la formación ética de sus miembros».

Se estudió también lo que la asociación espera de los delegados, capellanes, religiosos(as) dedicados a la pastoral sanitaria: que les informemos qué médicos conocemos en nuestro medio ambiente y que sean receptibles a estas ideas; sería bueno que cada delegado diocesano de pastoral sanitaria lo diese a conocer en su respectiva diócesis.

La asociación está en vías de formalizarse y de recibir el placet, pero eso no impide el que un grupo de médicos inquietos se reúnan y reflexionen; la última ocasión fue en Barcelona, los días 22 y 23 de enero pasado y con un tema sobre la mesa: *Legislación y aborto*; el tema reunió a un centenar de profesionales de Cataluña, sólo algunos, pocos, de otras regiones. Entre los extranjeros cabe mencionar, por la vinculación de médicos cristianos de Cataluña con la federación europea, los siguientes: Dr. J. Klyskens, presidente de la federación europea de médicos católicos; Dr. Gianni Karrer, presidente del centro de ayuda a la vida, de Roma y delegado regional de la Asociación de Médicos Católicos Italianos; Dra. Anneliese Ullrich de la República Federal Alemana y el Dr. Roger Le Lirzin del centro hospitalario y universitario de Angers (Francia).

ORDENACION DE UN DIACONO PERMANENTE DEDICADO A LOS ENFERMOS

El domingo, día 20 de diciembre, en la parroquia de la Mare de Déu del Roser y con numerosa asistencia de fieles, tuvo lugar la ordenación para el diaconado del señor Josep M.^a Carbonell, casado y padre de cuatro hijos, casados también. El cardenal Jubany, en la homilía se refirió concretamente a la misión que confiaba al ordenado, la pastoral de enfermos de los grandes centros hospitalarios de la ciudad de Barcelona. La atención médica se ha deshumanizado y es necesario llevar un suplemento de espíritu, de calor humano a dichos enfermos, haciendo presente entre ellos el amor misericordioso de Jesucristo. También hizo alusión el cardenal a la incorporación del nuevo diácono en el comité ejecutivo del Secretariado diocesano de Pastoral sanitaria. «Desde allí podrás ayudar —le dijo— a establecer en nuestra diócesis un completo dispositivo pastoral al servicio de este complejo mundo hospitalario en el que, con tan buenos resultados, trabaja el Secretariado».

Revista de revistas

M. Benezech
TECHNIQUES HOSPITALIERES
N.º 397 — Octubre 1978. Págs. 67.

GARANTIAS DE LA LIBERTAD INDIVIDUAL DEL ENFERMO MENTAL CON RESPECTO A LA HOSPITALIZACION. ALGUNAS DE SUS CONSECUENCIAS

La libertad de la persona humana es a veces violada cuando se trata de la hospitalización de un enfermo mental.

El autor trata de recordar los principios fundamentales del derecho natural que se impone a las leyes y estudia los problemas médico-legales y éticos con respecto a la privación de la libertad. Tratándose de un enfermo mental, ¿qué medidas hay que tomar sobre el posible control de la correspondencia, visitas y la obligación de que el enfermo acepte un tratamiento?

La elección del tratamiento ya ha sido discutida según la concepción legalista de cada país de acuerdo con la visión de la responsabilidad médica.

R. L. M. Winston
BRITISH MEDICAL JOURNAL
Tomo II — Año 1977. Págs. 305.

LAS MUJERES QUE SE ARREPIENTEN DE UNA ESTERILIZACION DEFINITIVA

¿Se arrepienten las mujeres que van en busca de una esterilización? ¿Por qué?

Winston contesta esta pregunta después de haber estudiado a 105 mujeres que acudieron al Hammersmith Hospital en demanda de una recuperación de su fertilidad.

Las pacientes que acuden a la consulta van abrumadas por una serie de problemas sociales que les ha hecho decidir la esterilización. La angustia se agudiza y acarrea graves problemas psíquicos cuando el problema social se ha extinguido y vuelven en busca de una recuperación que ya no van a encontrar. Este fenómeno ocurre por lo general, entre personas muy jóvenes, las peores candidatas a la esterilización. La cautela del médico a la hora de decidir una esterilización juega siempre un papel muy importante.

F. A. Jones y M. McCarthy
THE LANCET
II — Año 1978. Págs. 32.

LAS LISTAS DE ESPERA EN LOS HOSPITALES DE GRAN BRETAÑA

En este artículo, el autor, hace un estudio crítico sobre el tan debatido tema de las listas de espera en los hospitales de Gran Bretaña. Después de examinar las causas hace hincapié sobre las posibles soluciones. Nos da una visión clara de la realidad destacando sobre todo los hechos que han llevado al país a tan alarmante situación. Es preciso unir los esfuerzos y trabajar duramente para dar solución a tan grave problema.

En España llevamos años con listas de espera pero los intervalos entre petición e ingreso no suelen ser mayores de dos o tres meses, mientras que en Gran Bretaña, superan al año. Pese a todo, la exposición de los métodos empleados en el presente estudio pueden ser de gran utilidad.

H. S. Herzka
ACTA PEDIAT. HELV.
N.º 32 — Año 1977. Págs. 103.

EL SINDROME DE LA ADOPCION

Es importantísimo dar una formación adecuada a aquellos padres que se sientan motivados a adoptar un hijo.

Las estadísticas de estos últimos años hablan de un fenómeno social muy digno de tener en consideración. En los países en que la adopción se hace relativamente fácil (Gran Bretaña, Suiza) en los consultorios de Psiquiatría Infantil, ha aparecido el *síndrome de adopción*. La sintomatología —por parte del niño— es la de una neurosis con molestias psicósomáticas y una alterada integración social con trastornos de conducta. A esto se suman otros factores también importantes; la actitud de los mayores, que en la mayoría de los casos agrava la problemática del niño.

El tratamiento es muy difícil, dada la sensibilidad y fragilidad psicológica del niño cuando descubre su procedencia, si no encuentra en los mayores la comprensión y equilibrio que precisa.

Leopoldo Cortejoso
JANO — Medicina y Humanidades
N.º 350 bis — Diciembre de 1978.
Págs. 74.

REFLEXIONES ACERCA DEL MEDICO HUMANISTA

«No existe peor clase de mutilación espiritual en un médico que, la ausencia de cultura humanística» (Dr. Ignacio Chavez).

Con qué facilidad observamos cómo la técnica arrastra al hombre hasta la deshumanización. Este fenómeno se acusa cada vez más en medicina; el médico, cuanto más especializado está en una disciplina, cuantas más posibilidades tiene a su alcance para precisar un diagnóstico, más descuida su formación humanística. De nada sirven la vocación ni los conocimientos recibidos, si no existe *amor al hombre* y esto es algo que raramente puede encontrarse estando al servicio de la técnica.

El verdadero médico es el que tiene una conciencia muy clara de su profesión, se diferencia del que no lo es porque aprovecha las ventajas que la técnica le ofrece para vivir con los demás, para sentir con los demás; se pasa horas en la cabecera del enfermo que es quien más le necesita dada su extremada sensibilidad. El médico que así se comporta, nunca podrá fracasar; el contacto directo con el hombre le dará luz para poder comprender la gran necesidad que tiene de una mayor formación humanística.

J. Bernheim
MEDICINA E HIGIENE
N.º 355 — 15 septiembre de 1978.
Págs. 3.

LA POSICION DE UN MEDICO FRENTE A LA TORTURA

La participación voluntaria de ciertos médicos en la tortura la encontramos en todas las épocas históricas. Cierto que en muchos países existen medidas de garantía jurídica, pero no es suficiente ya que por desgracia nos encontramos que en cualquier parte existen situaciones dramáticas a las que hay que hacer frente sin la más mínima indulgencia.

Bibliografía

El Director del Servicio Médico de la prisión de Ginebra hace pública una información que tuvo lugar en diciembre de 1976 en la que se destaca la insidiosa actitud de ciertos médicos que participan deliberadamente en actividades criminales.

Por suerte ya son muchos los médicos que han decidido no callar más y que luchan por la recuperación de la dignidad humana y profesional.

THE LANCET
II — Año 1977. Págs. 131.

COMO ESTUDIAR MEDICINA EN EE.UU.

Estudiar medicina en EE.UU. es un artículo de lujo. Las matrículas son excesivamente caras. En las Universidades del Estado —las más baratas— los precios oscilan entre los 800 y 1000 dólares y en las Universidades privadas se disparan hasta 8000 dólares. Las becas son muy escasas (alrededor de un 4 %) así que los alumnos deben componérselas como puedan en el caso de no tener unos padres ricos. Para los estudiantes pobres sólo hay tres alternativas: a) Alistarse voluntariamente al ejército quien paga la matrícula a condición de devolver el dinero una vez obtenido el título, lo que se consigue solamente quedándose en el ejército durante cuatro o cinco años más. b) Pedir dinero y devolverlo después de haber acabado la carrera, durante 5-10 años. c) Casarse y vivir los dos con lo que gana la esposa. El último procedimiento es el más común y también el menos aconsejable dado el número de matrimonios de futuros médicos que no llegan a buen fin. A todo esto hay que sumarle la dificultad para entrar en la Facultad de Medicina ya que existe una gran desproporción entre el número de aspirantes y las plazas disponibles.

¿Cuál es la solución para los futuros médicos de EE.UU.? La única viable es que vengan a estudiar a Europa.

SECRETARIADO INTERNACIONAL
DE PASTORAL SANITARIA.
HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
¿Qué es la Pastoral Sanitaria?

De forma sencilla se presentan los fundamentos de la pastoral de enfermos. Lo recomendamos como buen manual para iniciar a los laicos en las actividades cristianas junto a los enfermos e igualmente como instrumento para una mayor reflexión y profundización de los religiosos(as) sanitarios.

Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia

Un libro, continuación y complemento de *¿Qué es la Pastoral Sanitaria?*

Es un libro breve, sencillo, práctico; indica caminos, sugiere nuevos campos. Imprescindible para los capellanes de hospital, necesario en las parroquias para estimular y animar la pastoral de enfermos; útil y sugerente para quienes están dedicados al mundo de los enfermos.

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA
Carretera de Esplugas
Barcelona 34

MARCHESI - PEÑA - PERULÁN
**Religiosos de la salud
en proceso de renovación**
Colección Selare 1.

Contiene la experiencia realizada por los Hermanos de San Juan de Dios en América Latina, durante los encuentros de renovación con que iniciaron su proceso de actualización. La metodología empleada y los contenidos del marco doctrinal en que se desarrollan los temas relacionados a Pastoral de Salud, le constituyen en la primera publicación sobre estas materias e imprescindible para los Religiosos de Salud.

SAAVEDRA - PERULÁN, O.H.
Evangélizar hoy a los enfermos
Colección Selare 3.

La Pastoral de la Salud es un compromiso que urge especialmente a los

religiosos consagrados al servicio de los enfermos.

Este libro es el aporte que quiere motivar la identidad y compromiso de los llamados a evangelizar a los enfermos. Su contenido es iluminador para todas las actividades pastorales a realizar en el hospital o en las parroquias.

ANGEL PERULÁN, O.H.
**Medicina de Dios.
Novena a San Rafael Arcángel**
Colección Selare 4.

La religiosidad popular de nuestro pueblo necesita ser iluminada por una oración que lleve contenidos bíblicos. Esta novena quiere ofrecer la posibilidad de que quienes invocan al Arcángel, como medicina de Dios y salud en sus enfermedades, guía en su caminar al emprender un viaje y orientador en los momentos de decisión de la vida, puedan encontrar oraciones y textos para expresar su confianza.

ANGEL PERULÁN, O.H.
**Navidad en el mundo de los enfermos.
Novena de aguinaldos**
Colección Selare 2.

Pedidos: SELARE
Carrera 8.ª N.º 17-45 Sur
Bogotá
Tel. 239 94 01

JOSÉ VICO PEINADO
Profetas en el dolor
(La enfermedad vista desde los enfermos)
Ed. Paulinas, Madrid 1981.

GUY-MARIE RIOBE
Pasión por el Evangelio
Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

V. TARANCÓN - M. GONZÁLEZ -
N. JUBANY
Iglesia y Política en la España de hoy
Ed. Sígueme. Salamanca 1981.

HELGA RUSCHE
Ideas bíblicas fundamentales
Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

Bibliografía

El Director del Servicio Médico de la prisión de Ginebra hace pública una información que tuvo lugar en diciembre de 1976 en la que se destaca la insidiosa actitud de ciertos médicos que participan deliberadamente en actividades criminales.

Por suerte ya son muchos los médicos que han decidido no callar más y que luchan por la recuperación de la dignidad humana y profesional.

THE LANCET
II — Año 1977. Págs. 131.

COMO ESTUDIAR MEDICINA EN EE.UU.

Estudiar medicina en EE.UU. es un artículo de lujo. Las matrículas son excesivamente caras. En las Universidades del Estado —las más baratas— los precios oscilan entre los 800 y 1000 dólares y en las Universidades privadas se disparan hasta 8000 dólares. Las becas son muy escasas (alrededor de un 4 %) así que los alumnos deben componérselas como puedan en el caso de no tener unos padres ricos. Para los estudiantes pobres sólo hay tres alternativas: a) Alistarse voluntariamente al ejército quien paga la matrícula a condición de devolver el dinero una vez obtenido el título, lo que se consigue solamente quedándose en el ejército durante cuatro o cinco años más. b) Pedir dinero y devolverlo después de haber acabado la carrera, durante 5-10 años. c) Casarse y vivir los dos con lo que gana la esposa. El último procedimiento es el más común y también el menos aconsejable dado el número de matrimonios de futuros médicos que no llegan a buen fin. A todo esto hay que sumarle la dificultad para entrar en la Facultad de Medicina ya que existe una gran desproporción entre el número de aspirantes y las plazas disponibles.

¿Cuál es la solución para los futuros médicos de EE.UU.? La única viable es que vengan a estudiar a Europa.

SECRETARIADO INTERNACIONAL
DE PASTORAL SANITARIA.
HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
¿Qué es la Pastoral Sanitaria?

De forma sencilla se presentan los fundamentos de la pastoral de enfermos. Lo recomendamos como buen manual para iniciar a los laicos en las actividades cristianas junto a los enfermos e igualmente como instrumento para una mayor reflexión y profundización de los religiosos(as) sanitarios.

Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia

Un libro, continuación y complemento de *¿Qué es la Pastoral Sanitaria?*

Es un libro breve, sencillo, práctico; indica caminos, sugiere nuevos campos. Imprescindible para los capellanes de hospital, necesario en las parroquias para estimular y animar la pastoral de enfermos; útil y sugerente para quienes están dedicados al mundo de los enfermos.

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA
Carretera de Esplugas
Barcelona 34

MARCHESI - PEÑA - PERULÁN
**Religiosos de la salud
en proceso de renovación**
Colección Selare 1.

Contiene la experiencia realizada por los Hermanos de San Juan de Dios en América Latina, durante los encuentros de renovación con que iniciaron su proceso de actualización. La metodología empleada y los contenidos del marco doctrinal en que se desarrollan los temas relacionados a Pastoral de Salud, le constituyen en la primera publicación sobre estas materias e imprescindible para los Religiosos de Salud.

SAAVEDRA - PERULÁN, O.H.
Evangélizar hoy a los enfermos
Colección Selare 3.

La Pastoral de la Salud es un compromiso que urge especialmente a los

religiosos consagrados al servicio de los enfermos.

Este libro es el aporte que quiere motivar la identidad y compromiso de los llamados a evangelizar a los enfermos. Su contenido es iluminador para todas las actividades pastorales a realizar en el hospital o en las parroquias.

ANGEL PERULÁN, O.H.
**Medicina de Dios.
Novena a San Rafael Arcángel**
Colección Selare 4.

La religiosidad popular de nuestro pueblo necesita ser iluminada por una oración que lleve contenidos bíblicos. Esta novena quiere ofrecer la posibilidad de que quienes invocan al Arcángel, como medicina de Dios y salud en sus enfermedades, guía en su caminar al emprender un viaje y orientador en los momentos de decisión de la vida, puedan encontrar oraciones y textos para expresar su confianza.

ANGEL PERULÁN, O.H.
**Navidad en el mundo de los enfermos.
Novena de aguinaldos**
Colección Selare 2.

Pedidos: SELARE
Carrera 8.ª N.º 17-45 Sur
Bogotá
Tel. 239 94 01

JOSÉ VICO PEINADO
Profetas en el dolor
(La enfermedad vista desde los enfermos)
Ed. Paulinas, Madrid 1981.

GUY-MARIE RIOBE
Pasión por el Evangelio
Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

V. TARANCÓN - M. GONZÁLEZ -
N. JUBANY
Iglesia y Política en la España de hoy
Ed. Sígueme. Salamanca 1981.

HELGA RUSCHE
Ideas bíblicas fundamentales
Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

ROLANDO CAMOZZI

Aproximaciones al amor

Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

WALTER ZIMMERLI

La ley y los profetas

Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

ALESANDRO PRONZATO

Molinete

Ed. Sígueme. Salamanca 1980.

CHARLES DE FOUCAULD

Escritos espirituales I

Ed. Sígueme. Salamanca 1981.

GERHARD VON RAD

**Profetas verdaderos
y profetas falsos**

Ed. Sígueme. Salamanca 1976.

CIRIACO IZQUIERDO

Convivencias juveniles

Difusora del libro. Madrid 1976.

DOCUMENTO COLECTIVO

Desde Chile

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

MIGUEL BALAGUÉ

El Testamento de Jesús

Difusora del libro. Madrid 1977.

Redactor y Coordinador

JESÚS AJURIA

Palabras básicas del Evangelio

Ed. EPESA. Madrid 1972.

COY, J. JOSÉ

Requiem por el Jesuitismo

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

JÜRGEN MOLTSMANN

El hombre

Ed. Sígueme. Salamanca.

KAZOH KITAMORI

Teología del dolor de Dios

Ed. Sígueme. Salamanca.

AMALIA DE MIGUEL

Misión del atardecer

Difusora del libro. Madrid 1976.

E. BLOCH-E. L. FACKENHEIM,

J. MOLTSMANN-W. H. CAPPS

El futuro de la esperanza

Ed. Sígueme. Salamanca 1973.

VARIOS

Teología negra,

Teología de la liberación

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

QUOIST, MICHEL

Cita con Jesucristo

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

23 Institutos Religiosos, hoy

Ed. EPESA. Madrid 1974.

BOROS, LADISLAUS

En el camino

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

BETAP DE ROSB

Helder Camara,

signo de contradicción

Ed. Sígueme. Salamanca 1974.

J. M. BALLARÍN

Francesco

Ed. Sígueme. Salamanca.

De acuerdo con lo establecido por la Ley de Prensa, informamos a nuestros lectores que LABOR HOSPITALARIA es propiedad de la Curia Provincial Hermanos de san Juan de Dios, Provincia de Aragón.

La revista se sostiene con las ayudas que le llegan de suscripciones, de personas o entidades simpatizantes de la obra que realizan los hermanos de san Juan de Dios.

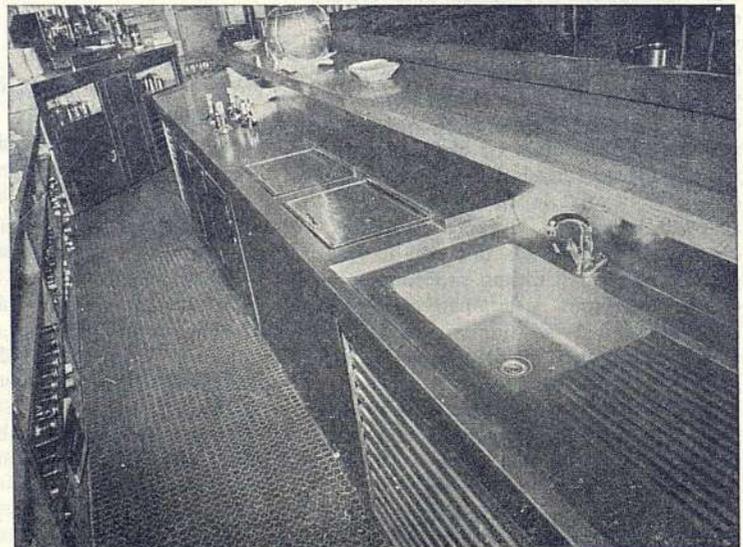
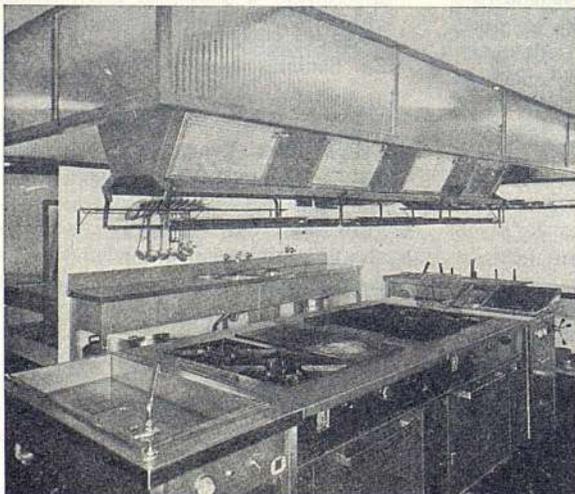
HOSTELERIA

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 - TELÉFONOS 2278849 - 2279935 - BARCELONA-6

COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

Nestlé *más que una marca*





Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros,
contando, cambiando y administrando maravedíes,
reales de vellón y de plata, ardites^(*), doblones...

() Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.*

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas
en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida
la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de
las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...

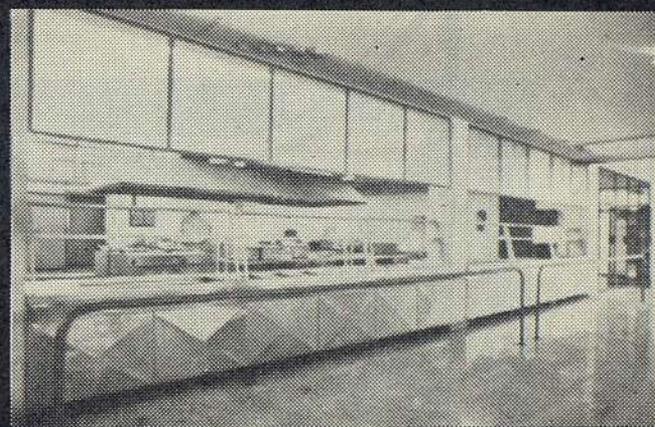
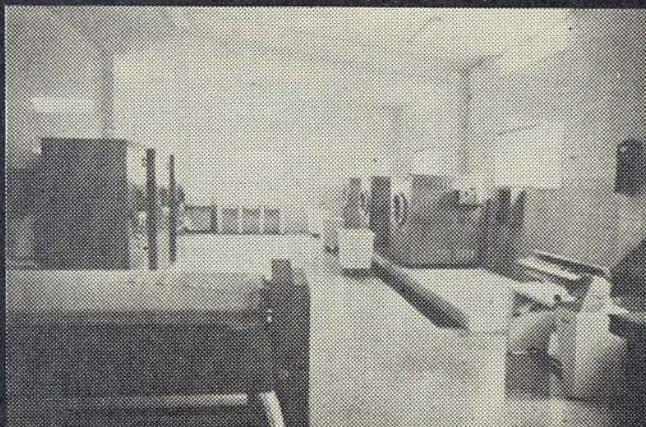


BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

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

VIVE CADA DIA CON YOGHOURT



Cada día lo natural. El yoghurt que hace DANONE puro y fresco todos los días, desde siempre. Para que alimentarse sea una cosa natural y buena. ¡Vive la vida de todos los días! Vivila con yoghurt



Alimentos frescos y naturales

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades. No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

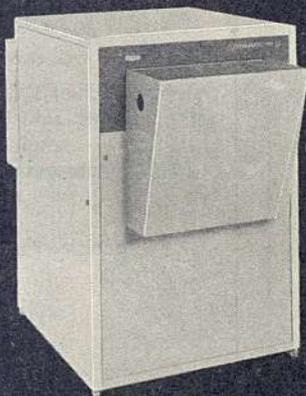
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

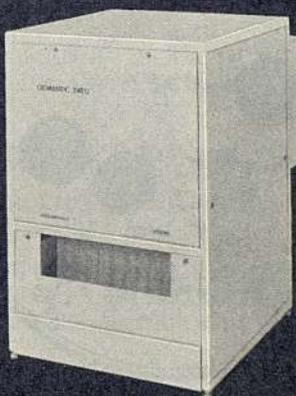
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S.A.
Paseo de Gracia, 111
Barcelona-8

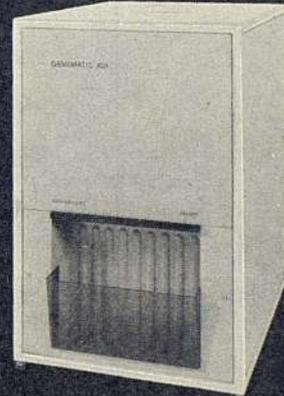
GEVAMATIC 110 U



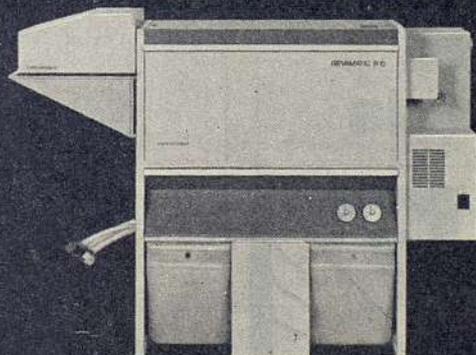
GEVAMATIC 240 U



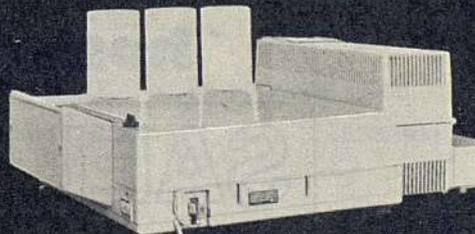
GEVAMATIC 401



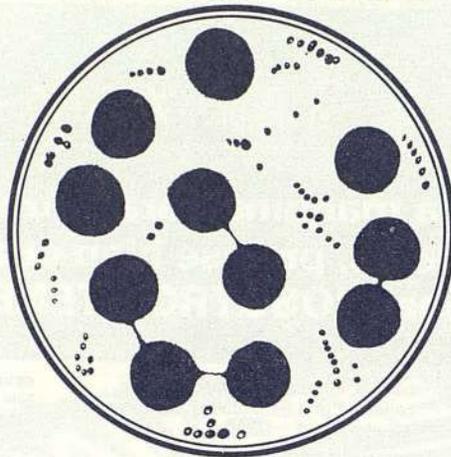
GEVAMATIC R 10



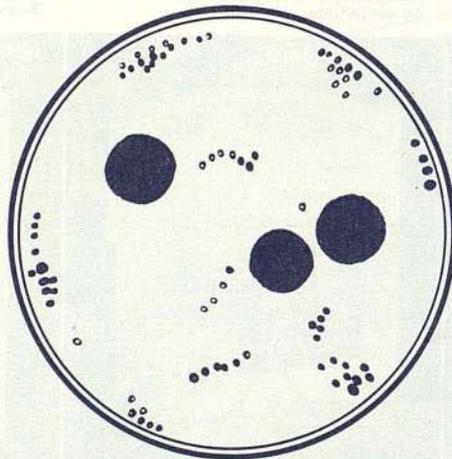
GEVAMATIC 60



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 Entrenimiento
y Limpieza.



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



INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM

Dinamarca
Alemania F
Austria
Bélgica
España

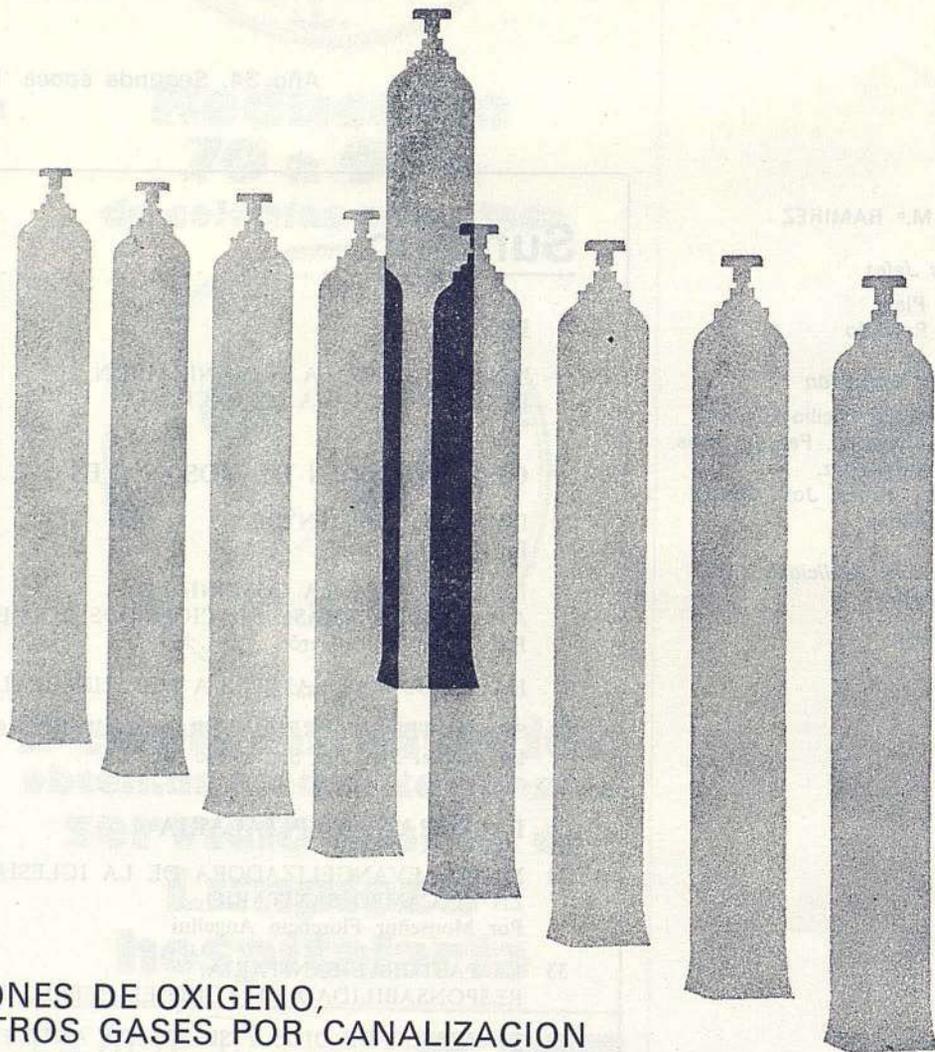
Finlandia
Francia
Grecia
Holanda
Inglaterra

Noruega
Suecia
Suiza
Australia
Brasil



OXIFAR, S. A.

Más 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

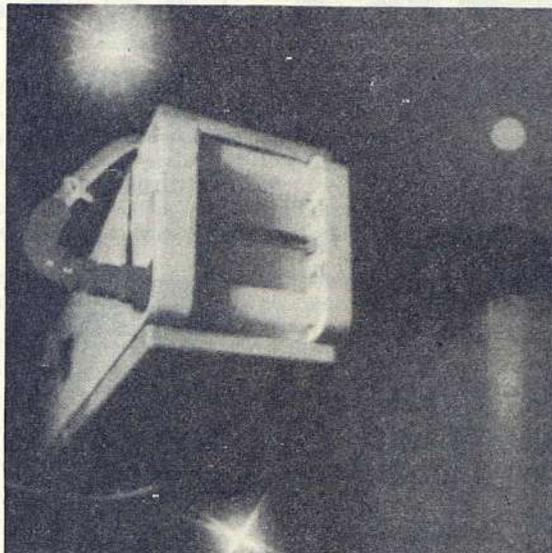
MADRID (4)
Amador de los Ríos, 1
Teléfono 419 28 00

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

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

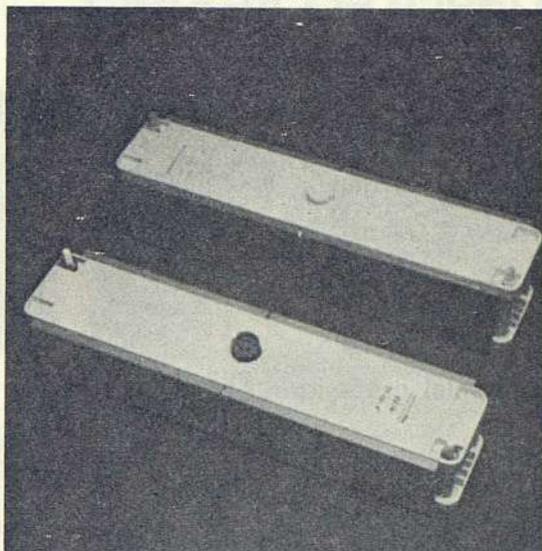
HOSPAL ofrece la solución idónea de dializador y membrana para cada paciente en hemodiálisis.

RP-610/607



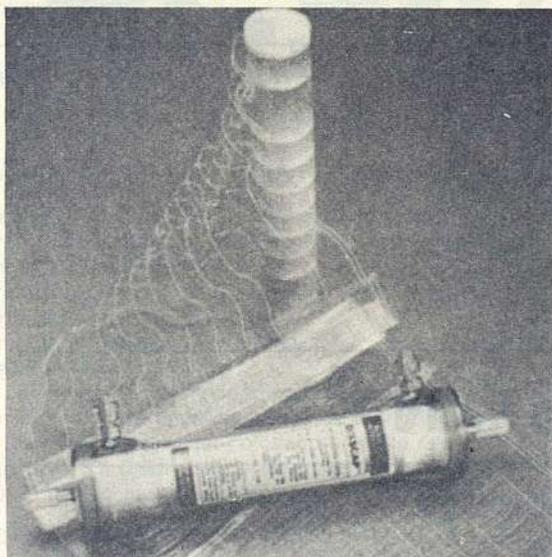
Filtros planos de polyacrylonitrilo (AN-69)

RP-510/514



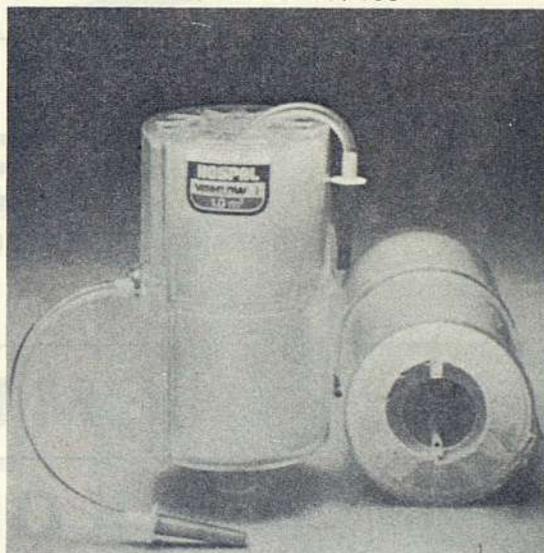
Filtros planos de cuprofano de 11,5 micras

DISSCAP-110



Filtro capilar de 11 micras

VITAFLOW-80/100



Filtros coils de cuprofano

HOSPAL, S. A. Cerdeña, 175. Apartado 8057.
Tels. (93) 245 36 00/09 y 245 48 02/03/04.
BARCELONA-13

HOSPAL



MAQUET

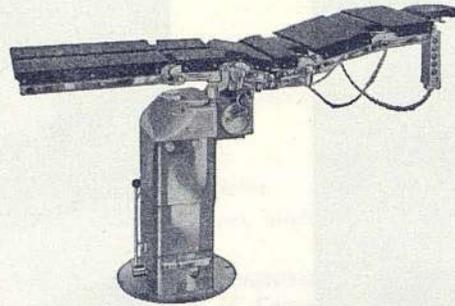


RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

VALENCIA 18 - Lorca, 7-9 - Tel. 96-3263305
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46 - 976



Electromedicina

CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

EMERSON

KOLSTER

Roberto Bassas, 34
Tel. 259 07 00*

Télex 54536
BARCELONA-28



Op-Site®

CAMPO QUIRURGICO PARA CIRUGIA ORTOPEDICA

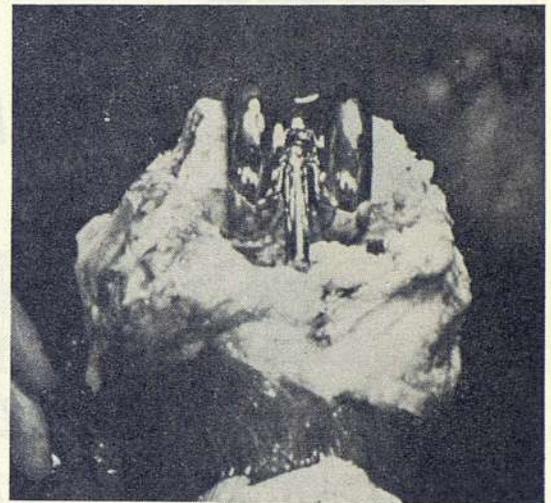
Es una lámina que por sus cualidades de alta permeabilidad al vapor de agua y al oxígeno, es particularmente valioso en Cirugía Ortopédica, ya que **permanece adherido firmemente** a los bordes de la incisión y en toda su superficie, **por más prolongada que sea la intervención.**

Su flexibilidad, elasticidad y conformabilidad, hacen que permanezca en su lugar durante manipulaciones prolongadas y complejas.

Las extremidades del cuerpo, normalmente son difíciles de cubrir con tallas, pero, con Op-Site se hace fácil su cobertura.

MEDIDAS: 30 x 28 cms. EMBALAJE: 10 unidades

>	45 x 28	>	>	10	>
>	45 x 56	>	>	10	>
>	84 x 56	>	>	5	>
>	42 x 40	>	>	10	>



Op-Site®

SKIN CLOSURE

NOVEDAD

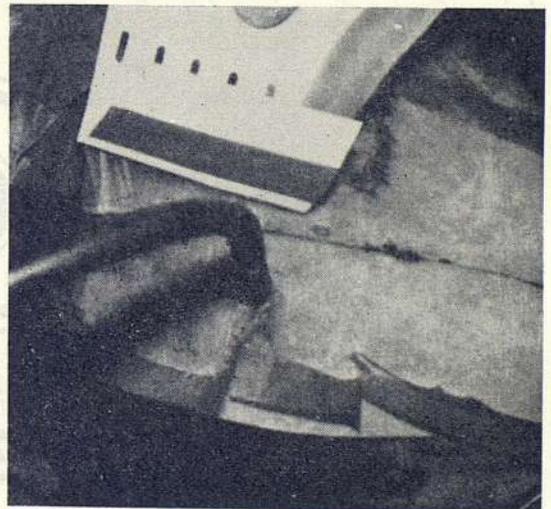
SUTURA DE PIEL

UN AVANCE IMPORTANTE EN LA TECNICA DE SUTURAR LA PIEL

- Elimina la perforación de la piel producida por la suturación convencional (técnica no traumática).
- Mejor resultado estético.
- Distribución uniforme de la tensión en la herida.
- Riesgo reducido de infección.
- No impide el drenaje de la herida.
- Extracción fácil e indolora.
- Más comodidad y tranquilidad para el paciente.
- En el supuesto de tener que enyesar una zona suturada, el Op-Site SKIN CLOSURE se puede dejar colocado hasta la retirada del yeso.

Op-Site SKIN CLOSURE se aplica fácil y rápidamente, lo que supone un ahorro de tiempo para el cirujano.

MEDIDAS: 14 x 10 cms. EMBALAJE: 20 unidades.



OTROS PRODUCTOS

GYPSONA

Venda de yeso de gran calidad

TENSOPLAST

Venda elástica adhesiva porosa

CRYSTONA

Venda sintética para traumatología



Smith & Nephew Ibérica, S. A.

Infanta Carlota, 61 - Tel. 250 79 25
TELEX 97488 SNIB-E BARCELONA-29

SOLICITE MANUALES DE "GYPSONA" Y "TENSOPLAST"



construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona



CENTRAL:
Aragón, 90
Tel. 93/254 81 00
Telex. 52687
BARCELONA 15

UNA AMPLIA ORGANIZACION AL SERVICIO DEL LABORATORIO

systemlab

Asesoría en organización, racionalización y automatización del trabajo y las tareas de un laboratorio.

Estudios de ampliación y revisión para laboratorios de nueva planta.



DIVISION

SERVILABO

Servicio Post Venta

Servicio de asistencia técnica de post-venta de todos los aparatos comercializados por IZASA, S.L.



DIVISION APARATOS CLINICA

Instrumentación para laboratorios de análisis en los campos de preparación de muestras, bioquímica, hematología y coagulación y bacteriología en urgencias, pediatría, maternidad, nefrología y cuidados intensivos y RIA.



DIVISION INDUSTRIA E INVESTIGACION

Instrumentación analítica en el campo del control.

Especialidad en tecnología de partículas bioquímica, microbiología, espectrometría y contaminación.

Instrumentos específicos para industria alimenticia, farmacéutica y veterinaria.



DIVISION REACTIVOS Y MATERIAL LABORATORIOS

Reactivos para técnicas manuales y automáticas en bioquímica, bacteriología, virología, serología, banco de sangre y radioinmunoensayo (RIA).

Material de plástico y vidrio para laboratorio.



DIVISION

INSTRUMENTA

Material un solo uso

Material de un solo uso y elementos para cirugía general, cardiovascular y torácica, traumatología, urología, anestesiología, unidades coronarias y de cuidados intensivos, neonatología y pediatría, sistemas Holter, sistemas oxigenoterapia.



DIVISION

BETA

Cardiovascular y Diagnóstico

Cateteres para: diagnóstico y estimulación cardíaca, termodilución, embolotomía, dilatación arterial, guías introductoras, equipos monitorización, desfibrilación, electrodos E.C.G.



DIVISION

NEOMEDICA

Dialisis

Productos para acceso sanguíneo y vascular en general. Filtros para hemodiálisis, monitores y accesorios para diálisis peritoneal, hemofiltros, plasma separadores, columnas de hemoperfusión.



Sociedad Ibérica de Mantenimientos Energéticos y Servicios Totales, S. A.

TECNOLOGIA DE MANTENIMIENTO Y CONDUCCION DE INSTALACIONES

Parque de la Colina, bloque A, local 1
Teléfono 415 43 00/54/58
MADRID - 27

Rocafort, 252-254
Teléfono 321 46 62 - 321 47 08
BARCELONA - 29

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

Carretera de Moncada, 367 - Teléfono 785 90 66
TARRASA (Barcelona)

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en
piezas 100 x 1

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

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**

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



DISTRIBUIDORA LAZURI, S. A.

Gerona, 55, entlo., 2.ª
Tels. 301 54 36 - 301 53 86
BARCELONA 9

**MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
JERINGAS Y AGUJAS DESECHABLES**

Aparatos e instrumentos para diagnóstico,
anestesia y reanimación

Mobiliario e instalaciones clínicas

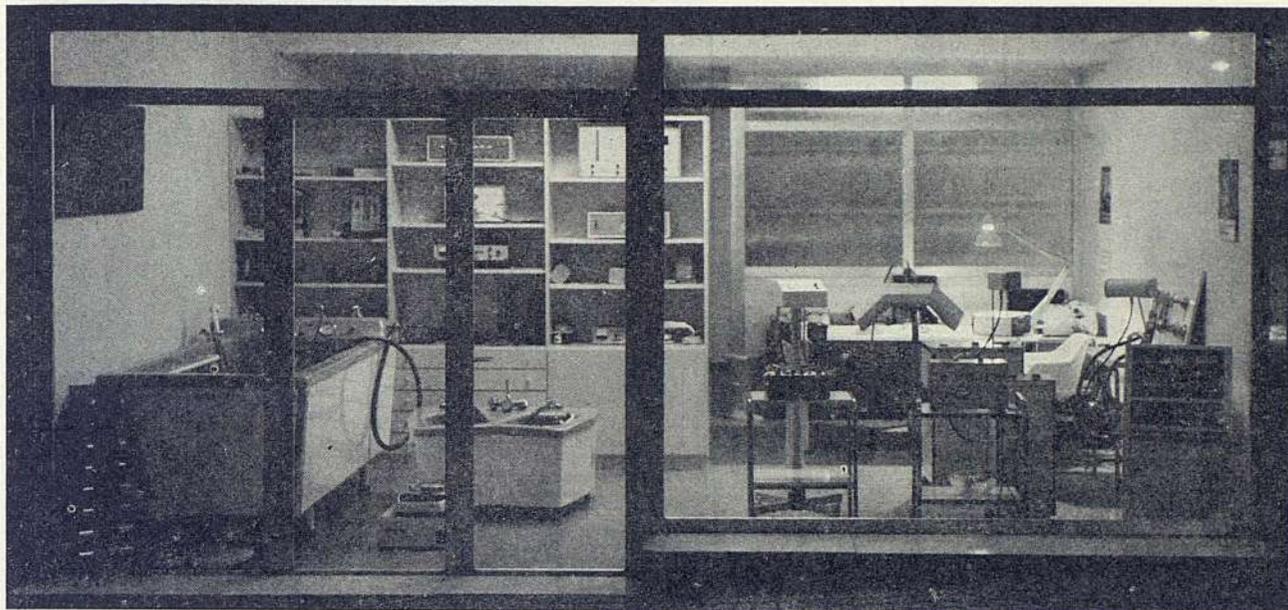
Esterilización

**SUMINISTRO
A CLINICAS Y HOSPITALES DE LA IGLESIA,
BOTIQUINES, COLEGIOS, ETC., ETC.**



APARATOS DE MEDICINA FISICA

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



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIENTRAMIENTO DE PERSONAL

Si aún no usa Fixomull es porque no conoce sus muchas ventajas



Fixomull es una gasa autoadhesiva, porosa e hipoalérgica. Disponible en distintos anchos para cubrir de una sóla vez, y sin necesidad de esparadráp, los apósitos post-operatorios de heridas de gran superficie.

Fixomull cubre grandes zonas post-operatorias permitiendo la transpiración y el paso de las secreciones a través de sus grandes poros.

Fixomull, gracias a su masa adhesiva acrílica no deja residuos, y se retira sin dolor incluso de pieles delicadas, sensibles, o con vello.

Fixomull®

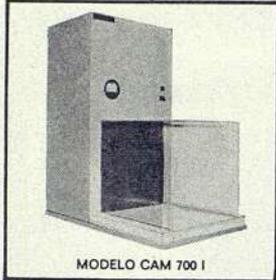
simplifica el vendaje



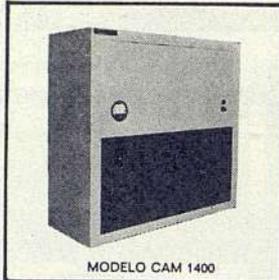
Pida folleto informativo, con más amplia información, a

BDF tesa s.a. · Pizarro, 95 Tel. (93) 798 33 00 Mataró (Barcelona)

*** Cabinas estériles y módulos de impulsión a flujo laminar**
*** Salas estériles**



MODELO CAM 700 I



MODELO CAM 1400

Empresa

Nombre

Cargo

Dirección

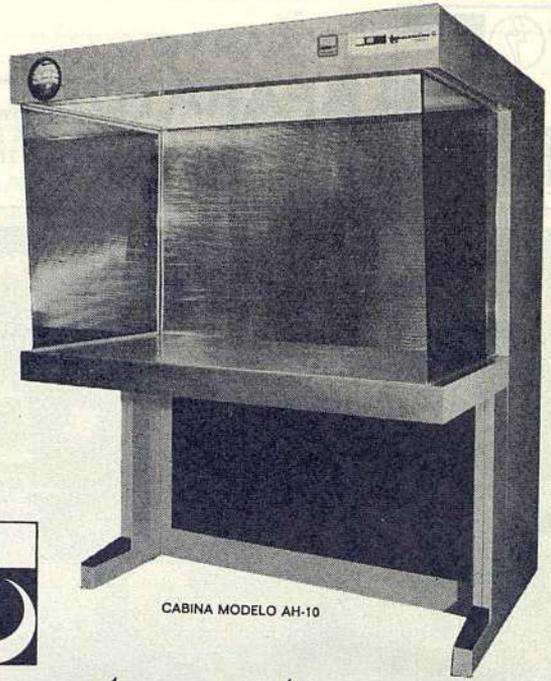
Teléfono

Solicita envío de más amplia información.

Solicita ser visitado.



VERIFICACION DE UN TECHO VERTICAL CAM 4200 V



CABINA MODELO AH-10



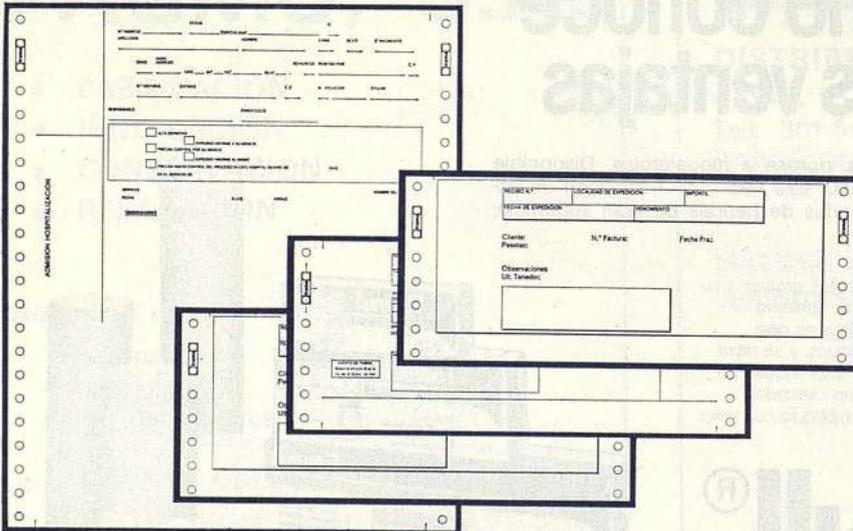
telstar **SD**

APLICACIONES TECNICAS DEL VACIO

José Tapiolas, 120 • Tel. 785 28 00 • Apartado 317 • TERRASSA • Telex 56.101 LIOF-E
 DELEGACION CENTRO: Amado Nervo, 15 • Tel. 433 72 96 y 433 73 46 • MADRID-7

BOMBAS DE ALTO VACIO • EQUIPOS DE LIOFILIZACION • CABINAS DE ESTERILIZACION

papel continuo.



Modelos en papel continuo de entrega inmediata.

- 10 medidas de papel pautado standard.
- Amplia gama de modelos standardizados para la Seguridad Social.
- Formularios snap-out.

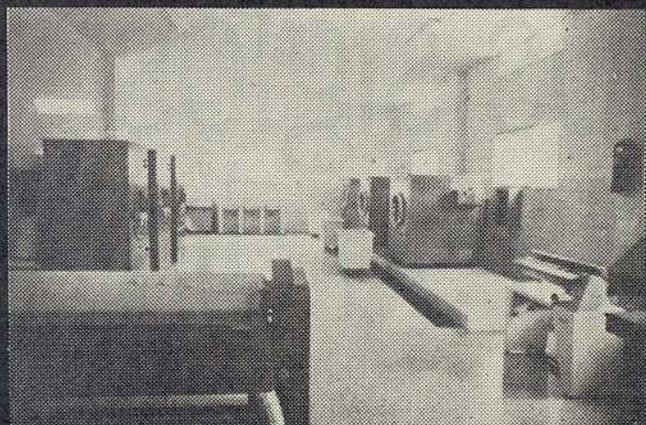
Departamento técnico y estudio de diseño para formularios en papel continuo y snap-out.



**San Francisco 10, Tel. (93)* 6911051
 Cerdanyola-Barcelona**

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



Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros, contando, cambiando y administrando maravedíes, reales de vellón y de plata, ardites^(*), doblones...

() Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.*

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...



BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades. No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

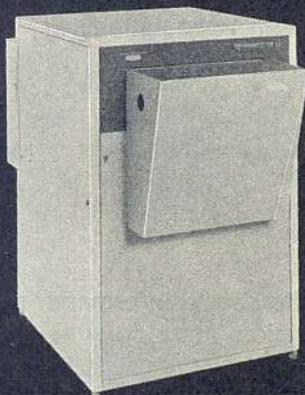
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

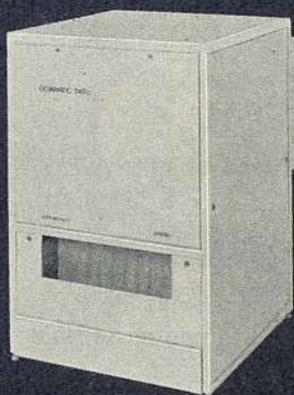
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S. A.
Provenza, 392
Barcelona-25

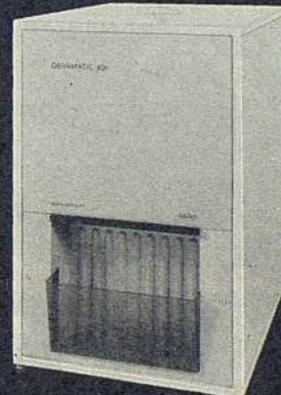
GEVAMATIC 110 U



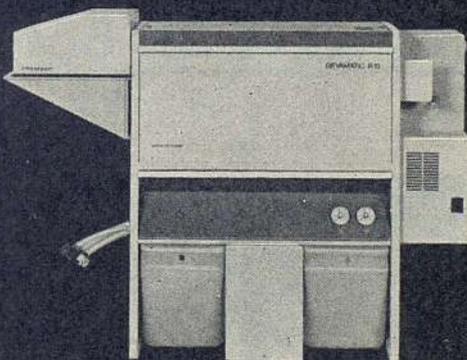
GEVAMATIC 240 U



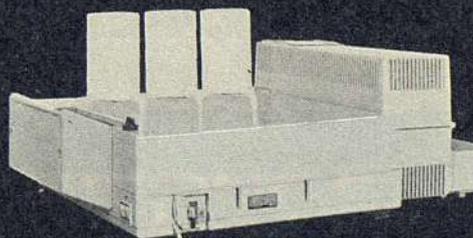
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

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

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

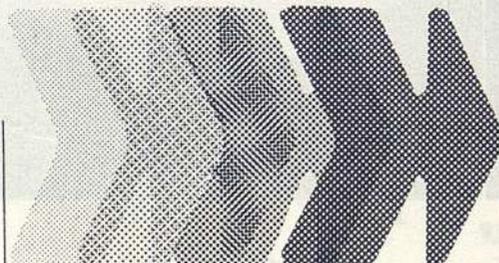
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5

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



Más de 700 Oficinas a su servicio.

**CAJA DE PENSIONES
"la Caixa"**

DOS BUENAS SOLUCIONES PARA
DIABETICOS



JERINGA
ESTERIL
 INSULINA

- **GARANTIA DE ESTERILIDAD** por su bolsa **INDIVIDUAL** de poliester.
- **ESCALA MAS CLARA Y PRECISA** en dos modelos de jeringa: de 1 y 2 ml.
- **DOSIFICACION PERFECTA** por el suave deslizamiento del pistón de goma medical.
- **AGUJA -ICO-INDOLORE- EXTRAFINA** siliconada y de múltiples afilados.



SET-INSULINA
 HERMETICO
 REUTILIZABLE

- **PRACTICO**, de diseño reducido que permite llevarlo consigo cómodamente.
- **ECONOMICO** (más de 100 utilizaciones) y sólo precisa lavar y hervir.
- **SEGURO**, protege de roturas y mantiene la esterilidad en inmersión de alcohol.
- **JERINGA CRISTAL Y 2 AGUJAS -ICO-INDOLORE-** (Jeringa de cono vidrio o metal en 0,5, 1 ó 2 ml.).



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona