

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 27. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1974
Número 154 Volumen VI

Director

ÁNGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
BARCELONA 17

Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

Administración, Publicidad

y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
Tel. 203 40 00
BARCELONA 17

*EL DERECHO A UNA ASISTENCIA MÉDICA
APROPIADA* 160

Por el doctor VÍCTOR CONDE

EN DEFENSA DE LA VIDA HUMANA 167

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA DE LAS ENFERMERAS 172

*PROYECTO DE PLANIFICACIÓN PASTORAL
PARA EL SANATORIO PSIQUIÁTRICO
DE SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT (BARCELONA)* 175

Por JOSÉ L. REDRADO y MARIANO GALVE, Capellanes

LA PASTORAL DE SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS 180

Por CLAUDIO HORTEMANN, M. I.

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN HOSPITALARIA 183

NOTICARIO 189

BIBLIOGRAFÍA 194

A TRAVÉS DE LAS REVISTAS 196

Por un hospital más humano

Los derechos del hombre enfermo

EL DERECHO A UNA ASISTENCIA MEDICA APROPIADA

Por el doctor VICTOR CONDE

INTRODUCCIÓN

El derecho que anunciamos es una faceta de un principio mucho más amplio que es el *derecho a la salud*, en el que la asistencia supone una posibilidad de actuación ante la pérdida de la misma que es la enfermedad manifiesta, pero esta actuación viene matizada por el imperativo de que sea adecuada. Precisamente sobre esta matización es sobre lo que vamos a escribir, tratando de ver qué se entiende por asistencia adecuada; lo que justifica el poderla realizar en la época actual, la exigencia de la misma por los posibles beneficiarios, la responsabilidad de darla, las dificultades que entraña y las posibilidades o alternativas que en general han sido utilizadas, o están en camino de ser utilizadas, por los distintos países.

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD

Conceptualmente, el derecho a la salud es un derecho natural y primario. Natural: porque tiene su origen en las leyes universales de la naturaleza, como es la conservación de las especies y, por consiguiente, el hombre lo adquiere por el solo hecho de nacer. Primario: porque forma parte de las leyes de convivencia de la sociedad, de la que es miembro. Tiene un fundamento antropológico este derecho en cuanto que «la vida, el cuerpo y el alma del hombre son intangibles y cualquiera tiene derecho a defenderse contra todo tipo de peligro que les amenace».

A lo largo de los tiempos este derecho y sus obligaciones correlativas han evolucionado paralelamente a los conceptos de la época sobre la salud, según la cultura de los pueblos, evolución político-social, conocimientos y posibilidades de actuación sobre la misma.

No consideramos preciso el extendernos en repasar los antecedentes en pretéritas épocas de este derecho, así como su evolución a lo largo de la historia, pues entendemos de mayor interés, en relación con la temática que nos ocupa, el encontrarnos en épocas muy recientes o actuales, porque por otra parte las actuaciones de los estados en dichas épocas pretéritas en materia de salud, estuvo más en línea con el cuidado de la Salud Pública —prevención y evitación de las enfermedades infecciosas— que en la asistencia de la enfermedad en sí.

El derecho a la salud está reconocido en nuestra época por todas las Declaraciones de Derecho tanto de los organismos político-sociales internacionales (Decla-

ración Americana de Derechos y Deberes, Declaración Universal de Derechos Humanos, etc.), como en las propias encíclicas pontificias (*Mater et Magistra* y *Pacem in Terris*, etc.).

Como testimonio recogemos los artículos que hacen referencia a este derecho en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París.

— Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

— Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

— La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales.

Muy recientemente la O.C.D.E. ha realizado una revisión sobre los conceptos de progreso humano y sus índices de desarrollo, planteándose los problemas del desarrollo social. En los adelantos del desarrollo económico se ha encontrado como sistema de medida el nivel de vida (renta *per capita* y su relación con los índices del costo de la vida) y se ha buscado también un sistema de medida para evaluar la calidad de la vida, y a este fin ha publicado un folleto en el que se establecen una serie de puntos como indicadores. El primero de los puntos es: «la garantía de una excelente asistencia médica», siguiéndole otros como «la igualdad de oportunidades para la formación profesional y para el desarrollo de las actividades profesionales; la seguridad de poder tener acceso a una cultura y desarrollar su personalidad en función de esa cultura, etc.»

Complementamos la Declaración Universal de Derechos Humanos con la definición que de Salud dio la Organización Mundial de la Salud en el texto de su constitución en 1948, al considerarla como «el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», que abre un gran abanico de posibilidades considerando factores de orden intelectual y emocional, factores de orden social y factores de orden biológico, estimando al hombre en un sentido integral, como miembro de una familia y de una comunidad, sometido a las leyes sociales y formando parte de una estructura social.

Señalamos asimismo del citado texto de constitución de la Organización Mundial de la Salud otros puntos en relación con este derecho a la Salud.

— El disfrute del mayor grado de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo hombre, sin distinción de razas, religión, ideología política o condición económica o social.

— Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, responsabilidad que sólo puede ser asumida mediante la adopción de las medidas sanitarias y sociales adecuadas.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA ACTUAL

Sería interesante el transcribir en el comienzo de este apartado un pequeño resumen de la evolución seguida por la medicina en las distintas épocas que caracterizan su historia; pero siguiendo el criterio expuesto anteriormente, de solamente considerar el momento actual, nos limitaremos exclusivamente a señalar que es lo que hoy caracteriza a la medicina, que la hace diferente a la de otros momentos históricos y que por otra parte la definen, obra unos resultados y crea una problemática que se encuentra todo ello enmarcado en la temática que nos ocupa del derecho del enfermo a una asistencia adecuada.

Resumiendo los trabajos de distintos tratadistas en la materia hemos llegado a la conclusión que las características que definen la medicina actual son las que exponemos a continuación:

*LA SALUD YA NO ES
UN PRIVILEGIO SINO
UN DERECHO
DE TODO HOMBRE*

La salud ya no es hoy considerada como un privilegio, sino como un derecho de todo hombre. Se trata de abolir la diferencia tradicional, entre una medicina para ricos y una medicina para pobres. Consecuencia de ello ha sido una mayor intervención de los Estados, que consideran que sus posturas frente a estos derechos llamados *materiales, comunitarios, sociales* no se ha de limitar a permitir su realización, sino que ha de crear las condiciones socioeconómicas necesarias para que alcance a todos y cada uno de los miembros de la comunidad, de forma igualatoria. Esto es, cuando la población asume la carga de la protección a la salud, el Estado ha de intervenir no sólo legislativamente, sino también a través de la acción ejecutiva del reglamento jurídico de esta función, bien administrando directamente el servicio (servicios sanitarios nacionales) o bien descentralizando la función pública o confiándosela a organismos especialmente constituidos al efecto (diversos sistemas del seguro de enfermedad).

La teoría apuntada anteriormente que justifica el deber por parte de los Estados de arbitrar las medidas necesarias, de acuerdo con las posibilidades existentes, para obtener la realización efectiva de estos derechos es la base de los sistemas de Seguridad Social que la definen como «el conjunto de disposiciones y medidas específicamente dirigidas a garantizar una adecuada y justa satisfacción de las necesidades del ser humano, a investigar el origen de los riesgos y a obrar sobre las causas que los producen». Entre los riesgos cuya cobertura constituye la razón de ser de la Seguridad Social lógicamente se encuentran los relacionados con el derecho a la Salud, pero matizando más sobre la faceta asistencial ante la adversidad que supone su pérdida.

Dos hechos inciden en la práctica de la medicina actual y que son consecuencia de lo anteriormente expuesto: *a)* la administración de la salud por personas ajenas a la profesión médica; por políticos y, sobre todo, por un sistema burocrático que son los *seguros de enfermedad*, *b)* la extensión de los beneficios de la asistencia a toda la población ha creado una ingente industria, la industria de la Salud, con asignaciones de grandes sumas de dinero, cada vez mayores, que hacen indispensable una organización para la dispensa de la asistencia en unas condiciones económicas y técnicas que hagan posible la utilización de los avances de la medicina y su aplicación a la totalidad de la población.

*DOS FACETAS QUE
ENRIQUECEN LAS
POSIBILIDADES
TÉCNICAS DE
LA MEDICINA ACTUAL*

Señalamos dos facetas en el enriquecimiento de las posibilidades técnicas de la medicina actual. Por una parte los constantes avances en el campo de las ciencias médicas: fisiología, anatomía, farmacología, patología, junto con una experiencia cada vez mayor y más constatada de los resultados y eficacia de las terapéuticas empleadas, hacen que la actividad médica sea cada vez menos empírica para volverse más técnica, entendiéndose aquí un sentido Aristotélico de la misma «es saber hacer sabiendo porque se hace aquello que se hace». La otra faceta viene representada por la progresiva evolución que los descubrimientos y perfeccionamientos en las distintas ramas de la ciencia, han provisto a la medicina actual de una amplia gama de instrumentos y aparatos, cada vez más complicados y costosos, ampliamente demandados por las nuevas y notables posibilidades diagnósticas y terapéuticas que representan.

Por otra parte ha surgido una conciencia de la ilimitación de las posibilidades de la técnica, haciendo que estos progresos técnicos mencionados, constantemente superados y tan rápidamente difundidos, son solicitados con una «ansiedad colectivamente sentida en un intento de defenderse de la enfermedad y de la muerte».

El progreso de los conocimientos, y con ellos también de las posibilidades de

**CRECIENTE IMPORTAN-
CIA DE LOS PROFESIO-
NALES NO MÉDICOS
EN EL EJERCICIO
DE LA PROPIA ASISTEN-
CIA Y CONTROL
DE CALIDAD**

actuación, la creciente complejidad de las técnicas de diagnóstico y terapéuticas, con la consiguiente división del trabajo clínico, hace que el médico se vea desbordado en sus posibilidades individuales para conseguir un diagnóstico o dictar un tratamiento cuya práctica exige una técnica compleja o sufre progresivas modificaciones. De esta suerte han surgido dos modos de atención médica: la especialización médica y el trabajo en equipo. Esta especialización, la necesidad de trabajar en equipo y de poder contar con instalaciones y aparatos costosos en unas dependencias adecuadas es lo que caracteriza a la nueva concepción del hospital.

Es de señalar también la creciente importancia que van teniendo los profesionales no médicos en el ejercicio de la propia asistencia. Desde el técnico electrónico, el asistente social, el administrador hospitalario, químicos, bioquímicos, etcétera.

El descubrimiento de la condición social del enfermo, nos obliga a considerar al paciente en un sentido integral, pensando que el hombre se relaciona con las personas y con sus obras, que es miembro de una familia, de un grupo, de una comunidad, sometido a unas leyes sociales y formando parte de una estructura social, la Medicina Social aplicada supone una serie de matizaciones en la actuación médica al tener que considerar otras facetas en el hombre enfermo como son: la etiología social de las enfermedades, la historia médico-social, el diagnóstico social, el tratamiento social, la prevención social, el mejoramiento y cultivo de la salud física y mental (medicina constructiva); educación médico social.

El control de la calidad es una necesidad en todas las modalidades de producción de bienes. Siempre ha existido una justa y bien intencionada crítica individual de todo profesional en relación a su hacer y la calidad del producto realizado, que ha sido la base del progreso humano. Hoy día, la crítica, el control de la calidad, se ha sistematizado y se ha hecho obligada para lo cual se han creado los correspondientes sistemas de medida y control.

El campo de la medicina no ha escapado a esta evolución y hoy día se está tratando de crear diversos modos y sistemas para evaluar la calidad de la asistencia médica ejerciendo un mayor control de la misma. Por una parte se ha establecido un control continuado de la calidad de la asistencia en los propios establecimientos sanitarios. Cada vez se va extendiendo más el criterio de *acreditación* de los hospitales, que exige cumpla unos requisitos mínimos que son garantía de su buen funcionamiento; se han creado juntas facultativas, comités de estudio (de anatomía patológica, de historias clínicas, enfermedades infecciosas, mortalidad, etc.) que ejercen una crítica constructiva de la labor clínica que se desarrolla en el centro.

Existen recomendaciones de organismos internacionales: O.N.U., O.I.T., O.M.S., etc., que insisten en la necesidad de que los beneficiarios de las prestaciones de los servicios participen de forma más activa no solamente en el gobierno y gestión del propio servicio, sino también en los organismos de control del mismo. Estas recomendaciones han sido recogidas, con mayor o menor amplitud, por los distintos países y han sido encauzadas de muy diversa manera en los distintos sistemas de expresión y participación político-social.

Hay también una mayor participación en el control de la calidad de la asistencia sanitaria, de forma indirecta, por los tribunales ordinarios de justicia, que, a instancia de los interesados presuntos damnificados de una asistencia no correcta, dictan sentencias condenatorias de estos proceder y sientan jurisprudencia exigiendo mayor responsabilidad al médico y a la institución u organismo encargado de prestar la asistencia. Así la jurisprudencia francesa entiende «que el médico se encuentra obligado a prestar una concienzuda, atenta asistencia, y salvo circunstancias excepcionales, conforme a los conocimientos actuales». La doctrina jurídica y la jurisprudencia están de acuerdo en admitir que el médico no está obligado a obtener un resultado dado, pero tiene la obligación de utilizar todos los medios a su alcance con vistas a la consecución de este resultado.

*LAS POSIBILIDADES DEL
ENFERMO DE OBTENER
UNA ASISTENCIA
APROPIADA, ACORDE
CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA
MEDICINA ACTUAL*

Una vez expuestas las características que, a nuestro entender, definen la medicina actual, trataremos de analizar, a continuación, si se encuentran lo suficientemente extendidas en todos los países que permitan ejercitar el derecho a obtener una asistencia sanitaria adecuada. Antes, es conveniente aclarar dos conceptos; el qué se debe entender por una asistencia sanitaria adecuada, así como las características de una adecuada planificación de la asistencia médica.

No es fácil decir lo que debe ser una asistencia sanitaria adecuada; nosotros la entendemos como «aquella que se da técnica y humanamente con arreglo al saber actual, completa en todas sus facetas y realizada en el lugar y en el tiempo oportuno».

Una adecuada planificación sanitaria, siguiendo al doctor Serigó Segarra, debe cumplir los supuestos siguientes:

— Unidad de asistencia; no es posible separar la Medicina Preventiva de la Curativa o Rehabilitadora. Debe haber una apertura del sistema asistencial a toda la población y un funcionamiento armónico de los servicios que componen el servicio asistencial.

— Gradación de la asistencia; debe haber una gradación entre la enfermedad, la intensidad de los cuidados, el tipo de centro que los proporciona y el costo de los mismos.

— Fluidez del sistema; que a su vez supone una interconexión armónica de los Centros, seguridad en la cobertura de los gastos ocasionados y un sistema de asistencia social, capaz de llegar hasta el domicilio del enfermo.

— Equilibrio y uniformidad del sistema; es necesario que no haya diferencias ostensibles en el nivel asistencial de los establecimientos.

— Integración social; el fin de los Centros y de la colectividad médica es integrar al individuo en la sociedad.

— Economía del sistema; mediante adecuación de las técnicas médicas empleadas, intensidad de los cuidados apropiada, unidad, gradación y fluidez del sistema, integración social lo más rápidamente posible.

*CÓMO SE PRESTA
LA ASISTENCIA
SANITARIA EN LOS
DIVERSOS PAÍSES*

La primera de las características que definían a la medicina actual era el considerar a la salud como un derecho, que a su vez había traído como consecuencia la creciente intervención del Estado en esta materia arbitrando las medidas necesarias para obtener la realización efectiva de este derecho a todos los miembros de la comunidad. Al hacer un repaso de cómo se presta la asistencia sanitaria en los diversos países, veremos que de una forma general se trata de llevar a la práctica el principio enunciado, encontrándose todos ellos en distintas etapas del camino a recorrer. Vemos que algunos, los menos, se encuentran en fases muy avanzadas en este propósito de que la asistencia alcance de forma igualatoria, al menos, asistencia de base, a todos los miembros del país sin distinción de posibilidades económicas y actividad laboral que realicen. En otros países, los más, se encuentran en etapas anteriores de este camino, llegando el derecho a la asistencia solamente a determinados sectores de la población y además la protección no es completa, limitándose a determinados procesos patológicos y a un determinado período de tiempo. El resto de los sectores tiene que recurrir o bien a sistemas de seguros privados, a sus disponibilidades económicas, a sistemas de beneficencia o de caridad. Hay países en donde apenas si tienen esbozados los sistemas de Seguridad Social para conseguir este derecho.

También varía notablemente, dependiendo de los distintos países, los sistemas de organización sanitaria; desde aquellos que se encuentra unificada dependiendo de un solo organismo todas las actuaciones en materia de salud (preventiva, curativa y rehabilitadora), con aprovechamiento de toda la infraestructura sanitaria, con una gradación y jerarquización de la asistencia y, una distribución uniforme de los recursos, hasta países en donde existen diversas organizaciones sanitarias paralelas e independientes, con cometidos en algunas facetas comunes y en otras

distintas, con diversidad de posibilidades económicas, que se refleja todo ello, a la hora de la asistencia, por existir un verdadero clasismo asistencial dependiendo de que tengan o no derecho al disfrute de determinados beneficios sociales.

Si bien es cierto que la medicina actual se caracteriza por un enriquecimiento de las posibilidades técnicas de actuación, no es menos cierto que estas posibilidades varían notablemente de unos países a otros, y que hacen que el hombre enfermo tenga distinta garantía de ser atendido adecuadamente en su enfermedad dependiendo del país que habite. No todos los pueblos tienen suficientemente cubiertas las necesidades de personal médico y sanitario. En otras ocasiones, disponiendo de un número suficiente, no se encuentra correctamente distribuido para que su protección alcance a todos los habitantes de la comunidad, ni lo suficientemente preparados y actualizados para ejercer una asistencia sanitaria acorde con las técnicas más avanzadas. Por otra parte existe también una variada gama en el estado de la infraestructura sanitaria disponible: número de instalaciones, su actualización, distribución por el país, equipamiento material y la existencia de una planificación y organización sanitaria que no solamente permita el trabajo especializado y en equipo entre los médicos que ejercen la medicina ambulatoria y los centros asistenciales, del país.

CONSIDERAR AL HOMBRE ENFERMO DE FORMA INTEGRAL

Decíamos antes que es tendencia general, en cuanto a materia de salud se refiere, el marcarse como meta de la misma la acepción que de ella hizo la Organización Mundial de la Salud «como el estado de completo bienestar físico, mental y social...», definición que obliga a considerar al hombre enfermo de forma integral, no solamente objeto de una patología, sino que debe considerarse su intimidad, el medio ecológico y social en que se desenvuelve que puede ser nocivo. En todo hombre enfermo, incluso en la propia enfermedad, hay siempre una carga social que se debe asistir, al mismo tiempo. Las actuaciones en la asistencia de esta faceta son también aquí muy variadas, dependiendo de los distintos países. Desde aquellos que muestran una marcada preocupación por la prevención de todas las causas que pueden influir sobre el *bienestar* de sus habitantes, así como con la creación de todo tipo de servicios asistenciales sociales encargados de prestar una asistencia social pareja a la sanitaria, hasta aquellos otros en que aún no consideran esta actuación como complementaria de la asistencia sanitaria y tienen escasamente desarrollados los sistemas asistenciales sociales.

A medida que crece el conocimiento y la inteligencia del hombre, en el conjunto de la sucesión de los fenómenos naturales, crece también su capacidad de intervención incluso regulando estos sucesos y con ello crece su responsabilidad, esto es «cuando más grande es el poder y el saber del hombre tanto mayor es su responsabilidad». Trasladado al terreno asistencial sanitario significa que la responsabilidad del médico radica ahora en la circunstancia de que puede actuar fácilmente de modo erróneo como consecuencia de una insuficiencia de conocimientos.

Es precisamente la posibilidad de error, de obrar con negligencia o incompetencia en lo que se basa la exigencia de responsabilidad del médico por los tribunales de justicia, responsabilidad que entendemos debe hacerse exigible a los centros u organismos encargados de la asistencia que no aportan los medios suficientes, o hacen trabajar a los facultativos en unas condiciones no idóneas.

Hay una creciente inquietud por controlar la calidad de la asistencia que se presta —garantía por otra parte de poder obtener una adecuada asistencia— y a este fin se han creado distintos sistemas de control. El sistema de control interno en las propias instituciones sanitarias que paradójicamente solamente se va implantando en las instituciones más avanzadas, mejor organizadas y bien dotadas en posibilidades de prestar una buena asistencia. Esto es, el control de la calidad de la asistencia corre parejo con su propia calidad. Es también muy variada la eficacia de los sistemas de control e inspección de las organizaciones sanitarias, tanto en el control del funcionamiento de sus instituciones y servicios como en

la calidad de la asistencia que ejercen, así como es también muy dispar, en forma y cuantía, la participación de los beneficiarios de la asistencia en el gobierno, gestión y control de la calidad de la asistencia.

DIFICULTADES PARA OBTENER UNA ADECUADA ASISTENCIA

A modo de resumen, señalaremos lo que a nuestro entender son dificultades para que todo hombre enfermo pueda ejercer el derecho a una adecuada asistencia sanitaria.

— Si bien se encuentra proclamado universalmente el derecho a la salud y posteriores declaraciones exigen una garantía de calidad, de hecho, su disfrute para todos los miembros de la población es una utopía en la mayoría de los países, al no encontrarse lo suficientemente extendidos los sistemas sociales que permitan su realización.

— Existe una y muy variada evolución de la posesión de conocimientos y técnicas de asistencia sanitaria y posibilidades materiales de realizarlas, variación que es válida incluso entre las distintas zonas y sectores del país. No todo hombre enfermo tiene las mismas posibilidades de contar siempre con la asistencia de un profesional básicamente formado en las técnicas actuales de la práctica médica, ni de recurrir en el momento adecuado a unas instalaciones óptimas para su diagnóstico y tratamiento.

— La falta de planificación y organización sanitaria adecuada, hace que en muchas ocasiones el handicap que representa la geografía y la demografía en la asistencia a determinados núcleos de la población (sobre todo la rural), se acentúe su desventaja en relación con otros sectores del país.

— La misma falta de unidad en la planificación y organización de la asistencia sanitaria y en la disponibilidad de los recursos, hace que no se ejerzan de modo satisfactorio y en las condiciones más óptimas todas las facetas de una medicina integral, ni se pueden integrar en equipos armónicos todos los profesionales de la medicina ni las instituciones en detrimento de la calidad de la asistencia.

— Para que una asistencia sanitaria sea adecuada y completa debe ser complementada con los correspondientes servicios sociales, cuya puesta en marcha debe ser paralela a la de los servicios asistenciales.

CONSIDERACIONES FINALES

Si bien el derecho a la salud, y por ende el derecho del enfermo a recibir una adecuada asistencia, se encuentra proclamado en todas las declaraciones de principios de los Derechos del Hombre y que las posibilidades de la medicina actual permiten actuar frente a las enfermedades con mayores garantías de éxito, lo cierto es que en la práctica este derecho más que una realidad es una meta por alcanzar. Por ello, y para que sea una realidad el derecho que nos ocupa, sería deseable se acelerasen por parte de los Estados la evolución de los mecanismos sociales-político-económicos que garanticen la posibilidad de acceso a la asistencia a la totalidad de la población, sin distinción de posibilidades económicas o sectoriales. Debe garantizar al mismo tiempo la calidad de la misma, mediante la promoción de la formación técnica y humana de sus profesionales, dotándoles de las condiciones óptimas de trabajo, tanto en la forma de realizarlo como en el equipamiento disponible, dentro de una organización sanitaria única responsable de que las posibilidades asistenciales lleguen de forma integral, uniforme y armónica a cada uno de los miembros de la comunidad, complementada por los correspondientes servicios sociales y con la garantía de un continuo y eficaz control de la calidad de la misma.

En defensa de la vida humana

NOTA DE LA COMISION EPISCOPAL PARA LA DOCTRINA DE LA FE SOBRE EL ABORTO

Labor Hospitalaria que en sucesivas ediciones ha dado a conocer una serie de notas relacionadas con el problema del aborto en diversos países, se congratula de poder ofrecer hoy a sus lectores, la Nota de la Comisión para la doctrina de la Fe sobre el aborto, que los obispos españoles que componen la citada comisión, ha dado a la opinión pública.

Felicitemos sinceramente a nuestros obispos que tan oportunamente y con gran valentía, han salido al paso de un hecho detestable que causa la muerte a millones de seres indefensos y que en nuestra nación vemos extenderse, cada vez más, sin miedo a la responsabilidad que contraen los que cometen crimen tan detestable.

INTRODUCCIÓN

1. En estos últimos tiempos se viene tratando con frecuencia, tanto en revistas especializadas como también en los grandes medios de comunicación social, del problema del aborto. Incluso se han aducido cifras reveladoras del número estimativo de abortos que se provocan anualmente en nuestro país; cifras, en verdad, muy imprecisas y provisionales, pero que muestran en cualquier caso la gravedad de la situación (1).

2. La creciente mitigación penal de las legislaciones sobre el aborto y, sobre todo, la legalización del mismo en diversos países están insensibilizando y deteriorando la conciencia moral de muchos en esta materia.

3. Se une a todo lo anterior el hecho de que la progresión demográfica preocupa hoy muy seriamente a la humanidad. Signo de ello es la proclamación del año 1974 como Año Mundial de la Población por parte de la Organización de las Naciones Unidas. Durante todo este año —especialmente en la Conferencia Mundial de la Población, celebrada durante el mes de agosto en Bucarest— se han dejado oír voces solicitando medidas mundiales para atajar el problema sin la debida atención a los principios morales.

4. En el problema del aborto, sin embargo, está en juego uno de los principios fundamentales no sólo de la moral cristiana, sino de toda ética: el valor en sí de la vida humana y su consiguiente inviolabilidad.

5. Ante esta situación, una gran parte de los episcopados católicos ha reafirmado los postulados de la fe y de la moral cristianas (2); a ellos queremos unir

En este problema está en juego uno de los principios fundamentales, no sólo de la moral cristiana, sino de toda ética.

1. Según «Tribuna Médica», año XI, núm. 541, pág. 5, puede estimarse «un techo máximo de 100 000 abortos provocados al año y un techo mínimo de 70 000».

El excelentísimo señor fiscal del Tribunal Supremo, en el informe elevado al Gobierno con motivo de la apertura de los tribunales (16-IX-74), recoge la cifra estimativa de 300 000 abortos anuales.

2. Caprile, G., «Non uccidere. Il magistero della Chiesa sull'aborto», ed. «La Civiltà Cattolica», Roma, 1973. Se recogen 22 documentos pontificios y 84 intervenciones colectivas de obispos de 27 países.

nuestra voz con el objeto de llamar la atención sobre el problema e iluminar las conciencias desde la fe y la doctrina de la Iglesia.

Más de cincuenta millones anuales de abortos provocados hoy en el mundo.

6. El problema del aborto debe ser afrontado en estrecha relación con el conjunto de factores que caracterizan al hombre y a la sociedad actual.

El aborto no constituye hoy la única amenaza que se cierne sobre la vida y la persona humana. No es sólo la vida no-nacida la que se encuentra gravemente amenazada. Vivimos en un mundo en el que si bien se ha adquirido una intensa conciencia de la dignidad de la persona, son, sin embargo, muy frecuentes las violencias de todo orden dirigidas contra la misma. Las guerras, la violencia ejercida desde distintas formas de poder, el terrorismo, la indiferencia o insuficiente atención ante las catástrofes sufridas por pueblos y razas, el mismo desorden en el desarrollo tecnológico, son muestras de una práctica depreciación de la vida del hombre. Dentro de este contexto, más de cincuenta millones de abortos provocados anualmente en el mundo, según la estimación de los expertos (3), convierten hoy el aborto en el atentado cuantitativamente más grave contra la vida del ser humano.

La liberación de la mujer no puede hacerse a costa de las exigencias fundamentales del sentido de su vida.

7. El hombre actual ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y de sus responsabilidades, del respeto debido a su libertad y a su capacidad de decisión (4). En consecuencia, la mujer es cada vez más consciente de su igualdad respecto al varón (5), y aspira a participar sin trabas en la vida social (6). Ambos hechos son positivos, y como cristianos debemos alegrarnos de esta evolución. Sin embargo, no puede perderse de vista que la más auténtica realización de la libertad del hombre es la que responde a las exigencias fundamentales que dimanar del profundo sentido de su vida. La libertad del hombre se envilece cuando actúa de modo despótico y egoísta, es decir, cuando prescinde de la dimensión religiosa y de la dimensión social del ser humano. Ha de ser contrastada con la palabra de Dios y con las libertades y derechos de los demás (7). De la misma manera, la aspiración —por lo demás legítima— de la mujer a su emancipación y promoción debe lograrse en conformidad con aquellas responsabilidades que brotan de su vocación a la maternidad (8), y sobre todo, no puede nunca realizarse atentando contra la vida humana en gestación.

Parece hoy abrirse paso una visión parcial del hombre en la que se valora más su productividad que su dignidad.

8. Finalmente, la polémica sobre el aborto se inscribe en el contexto de una sociedad progresivamente materializada. El hombre de nuestro tiempo cree poseer la capacidad de construirse a sí mismo desde el horizonte ilimitado de la técnica a la que corre el riesgo de constituir en un nuevo ídolo y ser esclavizado por ella. Parece además, abrirse paso una visión parcial y unilateral del hombre, en la que se valora no tanto por su intrínseca dignidad cuanto por su productividad y rendimiento económico. Se constata también un desmedido aprecio del bienestar que deriva hacia un sentido hedonista de la existencia y se refleja, entre otras, en la escalada del erotismo ambiental; ello lleva a una intencionada separación entre amor, sexualidad y procreación. Intereses comerciales ocultos están con frecuencia en la base de campañas informativas que manipulan al hombre y contribuyen a la disociación de estas tres dimensiones humanas.

3. Datos que facilitan el «Demographic Yearbook», «Statistical Office of the United Nations», Nueva York; las publicaciones de la O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), de las mismas Naciones Unidas, y las fuentes más selectas, fiables y autorizadas en materia de estadística abortiva Cfr. revista «Fomento Social», 29 (1974), 179-92.

4. Cfr. Conc. Vaticano II, declaración DH., núm. 1; declaración GE. introd.; const. GS. núms. 4, 17, 41, etc.

5. Cfr. decl. DH., núm. 7.

6. Const. GS., núm. 9.

7. Decreto AA., núm. 9.

8. Const. GS., núm. 60.

9. En una sociedad en la que se multiplican los atentados contra la vida humana, en la que no se reconoce el valor de los principios morales, en la que el máximo ideal es el bienestar, y en la que la sexualidad aparece desprovista de su dimensión espiritual, el recurso al aborto no es sino una espontánea consecuencia.

Dios es el único Señor de la vida y de la muerte.

10. Dios es el único Señor de la vida y de la muerte. El hombre, salvo el caso extremo de la legítima defensa, no puede atentar contra la vida humana. El AT expresa de diversas formas esa misma idea: La vida tanto la propia como la ajena, es don de Dios que el hombre debe respetar y cuidar, sin poder disponer de ella. Dios, «el viviente», ha creado al hombre «a su imagen y semejanza» (9), y Dios, de vivos y no de muertos (10), quiere que el hombre viva. Por eso protege con la prohibición del homicidio (11) la vida del hombre. En el NT culmina el aprecio del AT por la vida del hombre, que ha sido redimido por Cristo y llamado a una comunión filial con Dios Padre (12). Cristo se ha identificado con las vidas de todos los hombres, manifestando su predilección por las más marginadas y menos significativas, y las ha rescatado para la verdadera vida. Con ello se ha revelado inequívocamente el valor de la vida de todo hombre, independientemente de sus cualidades y de su utilidad social. El derecho a la vida es inherente a la vida misma como un valor en sí, intangible, que debe ser respetado y salvaguardado.

La Iglesia manifestó siempre una oposición radical al aborto.

11. No debe olvidarse en el tratamiento del problema del aborto que en él está en juego ese valor intangible de la vida humana. Así lo entendió la Iglesia, que desde su principio mantuvo siempre una oposición radical al aborto. Las condenas que aparecen en algunos documentos cristianos de los primeros siglos (13) son las primera muestras de una tradición que se mantendrá constante a lo largo de la historia de la Iglesia. Su magisterio ha reprobado el aborto, independientemente de la respuesta al problema teológico sobre la determinación del tiempo en el que el alma espiritual anima al feto humano. Esta tradición ha sido recientemente confirmada por la Iglesia, tanto en el Vaticano II (14), como en la encíclica «*Humanae Vitae*» (15). Por otra parte, los numerosos y recientes documentos de las diferentes conferencias episcopales que han tratado el problema del aborto, contienen una clara y unánime condena de dicha práctica (16).

Esta doctrina debe aplicarse a todas las etapas del ser humano todavía no nacido.

12. Esta doctrina debe aplicarse a todas las etapas del ser humano todavía no nacido. El proceso embrionario es un proceso continuo en el que, desde el principio, estamos ya ante una realidad humana. Resulta imposible establecer con certeza una distinción, dentro de ese proceso, entre una fase prehumana y otra plenamente humana. Es un proceso lineal que el hombre no puede artificialmente interrumpir sin atentar gravemente contra el respeto debido a la vida humana. Aunque pudiera opinarse que, en la primera fase del proceso embrionario no existiera aún persona humana, sin embargo, nos encontramos ya desde el comienzo del mismo, por lo menos con una individualidad genética —distinta y diferenciada de la de los padres— intrínsecamente orientada a la constitución de una persona humana, que origina un derecho fundamental a la vida.

Una sociedad en la que el derecho a la vida no está legalmente protegido es una sociedad intrínsecamente amenazada.

13. Problema distinto del hasta ahora tratado es el de su legalización. No ignoramos los argumentos que se invocan en favor de la legalización del aborto: complicaciones del aborto clandestino, desigualdades sociales como consecuencia del llamado «turismo abortivo», invocación del mal menor y del pluralismo social.

9. Gn. 1, 14.

10. Cfr. Mc. 12, 27.

11. Gn. 9, 5 s.; Ex. 20, 13.

12. Cfr. Ef. 1, 5-10.

13. «*Didaché*», II, 1, y V, 1: «*Carta de Bernabé*», XIX, 5, d: «*Constituciones apostólicas*», VII, 3, 2; Atenágoras. «*Legatio pro christianis*»; MG, VI, 970.

14. Const. GS., núm. 51.

15. Núm. 14 y citas allí.

16. Cfr. supra nota 2.

Sin embargo, nuestra conciencia de pastores, nos constriñe a proclamar que el inviolable respeto a toda vida humana es un principio tan fundamental, que debe estar legalmente salvaguardado. Una sociedad en la que el derecho a la vida no está legalmente protegido, es una sociedad intrínsecamente amenazada. Por ello, aun siendo verdad que el legislador no está obligado siempre a penalizar toda infracción moral, es deber suyo, en razón del bien común (17), la defensa y la protección de toda vida humana.

El pluralismo social no puede justificar la legalización del aborto.

14. Por otra parte, el pluralismo social existente no puede justificar la legalización del aborto. Los valores éticos fundamentales, sobre todo el respeto debido a todo ser humano, nunca pueden subordinarse a ese pluralismo social. Al propio tiempo queremos subrayar las graves consecuencias sociales que pudieran seguirse de una legalización del aborto: la vida humana dejaría de ser tenida como un valor en sí, una realidad sagrada e inviolable. No se puede, tampoco desconocer la función pedagógica de la ley. Gran número de personas incurren en el error de considerar moralmente lícito todo lo que la ley permite o tolera. La experiencia muestra cómo en la gran mayoría de los países en que el aborto ha sido legalizado ello ha ocasionado un notable incremento de los mismos. Y este proceso no parece detenerse ahí. Ya se levantan voces que, solicitan una legalización de la eutanasia o de ciertas prácticas eugenésicas inaceptables. Todo parece mostrar que una vez que la vida humana, en sus comienzos, deja de ser considerada como inviolable, no existen ya barreras que poder detener un gravísimo proceso de depreciación de toda vida humana.

ALGUNAS APLICACIONES PASTORALES

Hay que atacar el mal en su raíz, y ésta está en una sociedad que valora más la técnica que el hombre.

El aborto es sólo un síntoma de una sociedad que vive una falsa concepción del hombre.

15. Como indicábamos en la primera parte, el respeto a la vida, que está en la base de la condenación del aborto, exige que el problema sea afrontado dentro de su contexto social. Las raíces del mal son profundas y es necesario extirparlas. Como cristianos no podemos aceptar una sociedad que valora más la técnica que el hombre; más la productividad que la dignidad de la persona humana, creada por Dios a su propia imagen. No podemos aceptar un orden mundano en el que el primer valor es el del bienestar material. Es necesario reaccionar contra todo lo que atenta contra la vida del hombre, venga de donde venga y se dirija contra quien se dirija. Es necesario fomentar una concepción del hombre auténticamente humana, menos condicionada por manipulaciones de todo género y por los nuevos ídolos y tabúes de la sociedad de consumo. Esta conversión que se debe operar en el hombre es el verdadero camino para remediar un mal del que el aborto no es muchas veces sino una manifestación externa.

La Iglesia no acepta en ningún caso la occisión directa de una vida en gestación.

16. Queremos añadir una breve reflexión sobre los casos más conflictivos que pueden presentarse. El primero es el del embarazo, que pone en grave peligro la vida de la madre. Tales situaciones, gracias al progreso de la medicina, son en nuestros días extraordinariamente raras. La moral católica reconoce como legítima una intervención médica, aun cuando ello lleve consigo indirectamente la pérdida de una de las dos vidas. En cambio, nunca puede aceptar la occisión directa de la vida en gestación. Desde otro punto de vista, y en una óptica cristiana, el don de la maternidad y el espíritu de fe han proporcionado frecuentemente a las madres suficiente confianza en Dios como para suscitar la ofrenda de la propia vida en el sacrificio de alumbrar una nueva.

No debemos minimizar la tragedia del nacimiento de un niño anormal, pero aun en tan dramáticas circunstancias nadie puede arrogarse el derecho de matar.

17. Es también difícil el caso que se plantea cuando existe el riesgo de que nazca un niño con graves anomalías congénitas. No puede minimizarse la tragedia de tales situaciones. Pero, aun en tan dramáticas circunstancias, nadie puede arrogarse el derecho a suprimir la vida humana, por muy deformada que sea. No puede

17. S. Th., «Summa Theologica», 1.^a-2.^a, q. 96, art. 2.

valorarse una vida por su normalidad o por su futura productividad, sino por su intrínseca dignidad. Como se ha afirmado repetidas veces, la presencia de tales seres puede y debe ayudar en el seno de una sociedad altamente deshumanizada y utilizarla a fundar nuestras relaciones mutuas en el respeto debido a todo ser humano, más allá de lo que aporta o de lo que produce. Sería necesario que los organismos competentes creasen las instituciones convenientes para la educación de tales personas, cuya atención rebasa las posibilidades de la propia familia. Debemos recordar que en estas circunstancias, como en otras muchas a lo largo de nuestra vida, nos encontramos enfrentados con el misterio del dolor y del mal, que es el misterio de la cruz de Cristo, que, según nuestra firme esperanza, conduce a la luz de la Resurrección. La actitud del cristiano ha de ser la de asumir confiadamente su cruz de cada día, sintiéndose llevado por la mano del Padre de los cielos.

Está siendo urgente una adecuada educación sexual de nuestros niños y jóvenes que no se limite a la mera instrucción.

Es necesario que se modifique entre nosotros la actitud social ante las madres solteras. Se precisa una postura de comprensión y ayuda.

La vocación del médico exige una total dedicación al cuidado de la vida humana.

Pedimos a las madres que sepan comprender la grandeza de su vocación y lo sublime de su función.

18. La conexión que más arriba establecíamos entre amor, sexualidad y procreación está exigiendo una adecuada educación sexual de los niños y de los jóvenes, que no se reduzca a una mera instrucción en esta materia. Es necesario educar a nuestros jóvenes sobre la importancia de la sexualidad, sobre su significado y sus riesgos. Este es el camino para que puedan adquirir una visión armónica de la sexualidad en su intrínseca relación con el amor humano y con la procreación.

19. Al mismo tiempo creemos necesario que se modifique la actitud social ante el problema de las madres solteras. La postura cristiana debe ser siempre de comprensión y ayuda. Debe hacerse igualmente todo lo posible para que los derechos de la madre y de los hijos estén perfectamente reconocidos, social y laboralmente. Los fieles han de ser conscientes de lo delicado, y muchas veces penoso, de estas situaciones en las que está implicado el respeto debido a la persona humana.

20. Queremos, asimismo, dirigirnos a las personas especialmente relacionadas con estos problemas. En primer lugar, a los médicos y al personal sanitario; su vocación les exige una total y abnegada dedicación al cuidado de la vida humana. El aborto constituye una negación de lo más fundamental de su misión: el cuidado de la vida, no su destrucción. Es patente la fina sensibilidad moral con que tutelan y aplican los principios éticos de su profesión. En segundo lugar, queremos dirigirnos también a las madres, sobre todo a las que sientan la tentación de destruir la vida que llevan en sus entrañas. Les pedimos que sepan comprender la grandeza de su vocación de mujer y de madre. Que sientan lo sublime de su función, que consiste en llamar a la vida y dar acogida y alimento a ese nuevo ser que Dios les ha confiado.

21. Como pastores de un pueblo de honda raigambre cristiana, hemos querido reflexionar ante nuestros fieles, desde las exigencias de la fe, sobre un problema que está comenzando ya a adquirir proporciones notables. También deseamos que estos párrafos sirvan de reflexión a todos aquellos que sin compartir nuestra fe, consideran el amor y el servicio al hombre como su primera y más fundamental exigencia humana. Al tiempo que pretendemos despertar las conciencias, cumpliendo nuestra sagrada misión, pedimos al Señor para todos fortaleza de ánimo en el cumplimiento de las exigencias de nuestra fe, aun en los momentos en que ésta nos urja deberes morales arduos en nuestro peregrinar hacia Él.

MIGUEL ROCA CABANELLAS, obispo de Cartagena-Murcia
LAUREANO CASTÁN LACOMA, obispo de Sigüenza-Guadalajara
ANASTASIO GRANADOS GARCÍA, obispo de Palencia
ANTONIO BRIVA MIRABENT, obispo de Astorga
JOSÉ CAPMANY CASAMITJANA, obispo auxiliar de Barcelona
ANTONIO PALENZUELA VELÁZQUEZ, obispo de Segovia
JOSÉ MANUEL ESTEPA LLAURÉNS, obispo auxiliar de Madrid
JOSÉ MARÍA SETIÉN ALBERRO, obispo auxiliar de San Sebastián

Madrid, 4 de octubre de 1974.

CODIGO DE DEONTOLOGIA DE LAS ENFERMERAS

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Organizada como está cada vez con más exigencia la profesión de enfermera, cobra ésta una importancia y valor crecientes en el campo de las ciencias, de la salud y cumple un papel de importancia cada vez mayor en los intentos y aspiraciones de la sanidad de hacer progresar y perfeccionar el equilibrio y la salud del hombre.

Como miembro del equipo sanitario para la prevención, las curaciones y la educación, la enfermera encargada de la ejecución de las prescripciones médicas, seguirá conservando, no obstante, la responsabilidad propia de sus actos.

Por lo tanto, la enfermera tiene el deber de aportar tanta competencia como conciencia (o responsabilidad profesional) en el ejercicio de sus funciones. Suministrará y facilitará su leal colaboración en las investigaciones y en las realizaciones sanitarias que contribuyen al bien de las personas y al bien común de la sociedad, en el plano local, nacional e internacional.

De lo que antecede podemos deducir las siguientes conclusiones:

La responsabilidad esencial de la enfermera, radica y reside en el hecho de que colabora:

- en la protección de la vida
- en el alivio del sufrimiento
- en la promoción de la salud.

Deberá cumplir, pues, esta tarea, con la fidelidad de sus convicciones morales y religiosas.

VALORES MORALES BÁSICOS

1. La enfermera está al servicio de la persona humana. En ningún caso dejará, por consiguiente, a un enfermo sin haberse asegurado previamente de la continuidad de los cuidados y de la vigilancia que le son precisos.

2. La enfermera respetará la vida humana en todo momento, desde su principio hasta la muerte.

No dará su aprobación, ni cooperará de forma inmediata y directa a ningún acto contrario a la moral, en particular a un acto que redunde en perjuicio voluntario de la vida humana, o que esté dirigido a disminuir o destruir la integridad física o psíquica de la persona del enfermo, directamente.

3. La enfermera cuidará de sus enfermos con plena conciencia y con igual sentido de servicio, cualesquiera que sean la raza, la nacionalidad o el partido, la clase social o la religión de los que se le confían. Respetará en todos la legítima libertad de conciencia.

4. La enfermera deberá tener el mayor respeto a los derechos de la persona humana, de la familia y del bien común nacional e internacional, de la sociedad. Deberá observar las medidas moralmente aceptables, adoptadas por los Estados y por las instituciones jurídicas internacionales.

5. La enfermera deberá estar al corriente de sus derechos y deberes, en caso de conflictos armados o bélicos internacionales y en los conflictos bélicos internos tales como resultan:

- a) de los principios y acuerdos de la Cruz Roja;
- b) de los convenios o convenciones de Ginebra y de las declaraciones internacionales sobre los derechos del hombre.

6. El «secreto profesional» deberá ser considerado por la enfermera como un estricto deber moral. Cualesquiera que sean las aplicaciones diversas de este deber, según las leyes vigentes de cada país, la enfermera dará siempre pruebas de la mayor discreción.

7. La enfermera deberá ser una colaboradora leal dentro del equipo de sanidad. Deberá reconocer, no sólo su propia responsabilidad, sino también los límites de su competencia.

No puede, pues, ejecutar terapéutica alguna sin la prescripción médica, salvo en caso de «urgencia»: en este caso informará lo antes posible al médico responsable.

8. La enfermera deberá respetar las prescripciones médicas, salvo en el caso en que fuesen contrarias a la moral.

9. Animará o sostendrá entre los enfermos la confianza en el médico y en los restantes miembros del equipo sanitario: los casos de incompetencia o los actos contrarios a la ética profesional sólo podrán ser denunciados ante las autoridades competentes.

10. La enfermera mantendrá buenas relaciones con sus colegas, así como con los miembros de los restantes grupos profesionales con los que está en contacto. En caso de necesidad les prestará siempre asistencia moral y profesional.

11. La enfermera deberá hacerse honrar y respetar, logrando así que se respete y se honre su profesión. La dignidad moral de toda su vida contribuirá a ello de un modo eficaz.

12. La enfermera deberá cuidar y proseguir sin interrupción el desarrollo de su cultura general y de sus conocimientos profesionales, contribuyendo de esa manera a la elevación cultural, moral y social de su profesión.

DEBERES APOSTÓLICOS DE LA ENFERMERA CATÓLICA

1. La enfermera católica debe ejercer siempre su profesión en conformidad con los valores fundamentales cristianos. Procurará completar y perfeccionar su formación doctrinal y moral; muy especialmente tiene el deber de formar, ilustrar e iluminar su conciencia sobre los problemas morales planteados por la evolución médica y social.

2. La enfermera católica no podrá olvidar nunca que la persona humana a la que debe servir está creada por Dios a su imagen y semejanza y llamada a un destino sobrenatural.

3. La enfermera católica frente a cualquier sufrimiento físico y moral se inspirará en una concepción cristiana del sacrificio y del dolor situada en la perspectiva del misterio pascual de Cristo Salvador.

4. Dará testimonio de sus convicciones religiosas con el ejemplo de su vida, de su capacidad profesional y el ejercicio de su caridad abierta a todos sus enfermos. Esto será posible cuanto mejor inspire su caridad en una vida interior profunda.

5. Frente a las injusticias sociales y frente a las miserias de los pueblos insuficientemente desarrollados, la enfermera católica tendrá la responsabilidad, no sólo en el campo de la salud, sino también en el campo de las estructuras sociales y económicas: deberá procurar el desarrollo íntegro de todos los hombres.

6. Al mismo tiempo que procurará evitar todo lo que pueda ser un perjuicio a la legítima libertad de la conciencia de sus enfermos y teniendo en cuenta la religión que profesan, la enfermera católica deberá cuidar con la prudencia más delicada, proporcionarle el beneficio irremplazable de la ayuda o alivio espiritual.

7. Respecto de los enfermos católicos, la enfermera se impondrá como un deber facilitarles la presencia de un sacerdote y procurar y estimular su vida sacramental, especialmente la recepción del sacramento de la Penitencia y del «Sacramento de los enfermos».

8. Cuando un niño se encuentre en peligro de muerte hay obligación de bautizarle. A ser posible es preciso pedir el consentimiento, por lo menos, de uno de los padres.

En lo referente al Bautismo de urgencia, la enfermera católica se atenderá a las prescripciones de las Jerarquías locales competentes.

9. La enfermera católica en su acción sanitaria y social mantendrá siempre un gran respeto a la familia y no olvidará las enseñanzas de la Iglesia sobre el Matrimonio.

10. En razón de las particulares condiciones sociológicas e ideológicas del mundo de hoy, procurará adquirir una singular formación acerca de los problemas relativos a la experimentación humana e intervenciones quirúrgicas especiales: control de la natalidad, abortos, eutanasia, esterilización, fecundación artificial, drogas, estupefacientes, etc.

11. Teniendo en cuenta el estado psicológico del enfermo, la enfermera católica, en colaboración con el médico y el consejero espiritual, deberá preparar al enfermo y a su familia para el momento de la muerte... La enfermera católica deberá preocuparse de impregnar de espíritu cristiano todo el cuerpo profesional y el conjunto de los medios sanitarios y sociales, solicitando a su vez toda clase de facilidades para el cumplimiento de sus deberes religiosos.

De este modo responderá adecuadamente a la llamada dirigida por el Concilio, no sólo a lo referente a la «presencia» en el mundo, sino también al Apostolado organizado, adhiriéndose a la Asociación Católica Profesional de enfermeras de cada país y participando por la misma en la acción mundial de la Organización Católica Internacional, que es el CICIAMS.

PROYECTO DE PLANIFICACION PASTORAL PARA EL SANATORIO PSIQUIATRICO DE SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT (Barcelona)

Por JOSÉ L. REDRADO y MARIANO GALVE
Capellanes

ALGO QUE INCUMBE A TODOS

El siguiente proyecto va en la línea de reflexión pastoral que en el campo sanitario se viene realizando por los hermanos de san Juan de Dios. Se trata, por tanto, de algo específico, pensado para un centro privado que pertenece también a una institución religiosa. En el esquema que presentamos verán nuestros lectores, en líneas generales, la realidad del centro, o quizá una aproximación a ella, porque es desde esa realidad y entroncados en ella como hemos de trabajar pastoralmente.

La idea fundamental que perseguimos con esta planificación es llegar a una labor conjunta y eficaz en el campo pastoral. Lo que podemos y debemos hacer desde el servicio religioso es algo que incumbe a todos, pero con una responsabilidad mayor a quienes forman parte de dicho servicio.

No pretendemos una organización «perfecta y hecha», como un patrón fijo, sino que deseamos marcar unas líneas suficientemente claras y flexibles que nos den luz a la hora de actuar.

PARTES FUNDAMENTALES

El esquema que presentamos tiene tres partes fundamentales:

BASES DOCTRINALES: ideas, sugerencias y criterios marcados en las Constituciones y Directorio Provincial de la Institución religiosa a que pertenece el Centro. Son como el apoyo y estimulante para ir descubriendo caminos nuevos en la pastoral.

BASES DE SITUACIÓN ACTUAL DEL SANATORIO: Si la pastoral debe responder a una realidad, ésta debe conocerse. Esta segunda parte presenta el volumen de enfermos y personal del Sanatorio, así como las características globales sobre las que nos hemos de mover.

BASES PRÁCTICAS Y PROSPECTIVA: Son los caminos de actuación que el Servicio religioso presenta como posibles.

La institución religiosa cuenta con un secretariado de pastoral que orienta y da normas en dicho campo. Una

de las indicaciones del secretariado es que toda planificación pastoral elaborada por las casas debe ser estudiada por la junta facultativa y junta de comunidad antes de ser sometido el proyecto a la aprobación de la junta de gobierno. Realizado de esta manera se imprime seriedad, continuidad, responsabilidad y vinculación a la dinámica del hospital.

BASES DOCTRINALES

Las ideas fundamentales que recogen las Constituciones (Art. 100-107) y los Estatutos Generales (Art. 79-101) de la Orden de san Juan de Dios, referidos a la pastoral hospitalaria, son las siguientes:

- Limitaciones de la enfermedad y necesidad que tiene el hombre enfermo de apoyarse en valores eternos.
- Dignidad de la persona humana y gran respeto a la libertad y a sus ideas religiosas.
- Solicitud y celo por las almas a imitación del Divino Maestro.
- Presencia de Cristo en el enfermo.
- Necesidad de acogida y cuidado integral que requiere el enfermo.

— Sentido y exigencia del apostolado hospitalario.

El Directorio provincial, en los artículos 20-26 viene a concretar la doctrina general contenida en nuestras Constituciones sobre la pastoral.

El contenido de estos artículos es como sigue:

- Debe reconocerse el Servicio religioso del hospital en igualdad de condiciones que los otros servicios.
- Disposición de locales, presupuesto y jornadas de trabajo.
- Líneas de responsabilidad del Servicio religioso: atención a los aspectos religiosos, planificación de la pastoral, actuación e iluminación de los problemas.

BASES DE SITUACIÓN ACTUAL DEL SANATORIO

Al señalar la situación actual del sanatorio de San Baudilio de Llobregat somos conscientes de todo el

proceso histórico de la psiquiatría y de los hospitales psiquiátricos. Estos vienen marcados por tres fases —custodial, terapéutica y social— que forman toda una historia. Cada fase ha acuñado unas formas de considerar y actuar con el enfermo mental.

Estamos todavía muy lejos de lo que deben ser los hospitales psiquiátricos; habrá que luchar mucho para convertir nuestros centros de «asilares y almacén de enfermos» en comunidades terapéuticas. Habrá que luchar mucho para que las familias y la sociedad sepan comprender y acoger y no se desentiendan tan alegremente.

Se ha dicho que la psiquiatría es la cenicienta de la medicina, así es a pesar de la rapidez de las ideas y de los nuevos sistemas. Es mucho el camino andado, es mucho lo que se ha cambiado en este campo, pero es mucho todavía lo que queda por recorrer. Esperamos que los nuevos intentos logren un mejor status para el hospital psiquiátrico como centro y corazón desde donde se reparta salud mental a través de los canales apropiados.

Tres ideas básicas para tener en cuenta en el sanatorio de San Baudilio en relación con la situación actual: volumen de enfermos, personal y características del sanatorio.

VOLUMEN DE ENFERMOS (Total: 1.056)

Clasificados: oligofrénicos, 323; PGP, 23; alteraciones vejez, 13; alcohólicos, 75; epilépticos, 59; esquizofrénicos, 507; maniaco-depresivos, 17; personalidades psicopáticas, 28; otros, 11.

Personal: médicos, 23; asistentes sociales, 3; personal en clínicas, 51; limpieza, 21; personal en servicios diversos (laborterapia, administrativos, cocina, ropería, etcétera), 59; personal asesor, 8; comunidad religiosa, 20; capellanes, 2.

CARACTERÍSTICAS GLOBALES DEL SANATORIO

ANÁLISIS:

A nivel de Centro-Sociedad de origen

El sanatorio de San Baudilio aparece como una institución asilar. A pesar de las nuevas corrientes teóricas, su status, en todas sus implicaciones, no se ha puesto en duda en cuanto tal.

Las motivaciones implícitas que mantienen el carácter asilar del centro son:

- Actitud de marginación del grupo de origen en relación al supuesto enfermo.
- Ausencia de libertad del sujeto marginado.

A la hora de enfocar el cambio funcional del centro estos dos supuestos coaccionan el dinamismo por estas dos razones:

- La ausencia de libertad impide exigir al enfermo su adhesión personal a cualquier tipo de terapia.

- El miedo, que motiva la marginación, supone en el grupo de origen actitudes de escamoteo de información y parcialidad en el juicio. Con relativa frecuencia, el grupo de origen no sólo margina al enfermo sino que lo condena. Desde entonces, el asilo está justificado.

El centro mismo consciente o inconscientemente, por historia o por limitaciones, se ha hecho cómplice de esta doble actitud de ausencia de libertad y de rechazo:

— Estructuralmente está concebido como una institución totalitaria; es decir, como una microsociedad que pretende proporcionar a sus «residentes» todos los servicios.

— De ahí que existan fuertes presiones de la estructura por asimilar al enfermo a la microsociedad asilar. Es frecuente el fenómeno de institucionalismo.

A NIVEL DE RELACIONES EN LA MICROSOCIEDAD ASILAR

En líneas generales, la institución asilar presenta las mismas características de la sociedad de origen, pero más defectuales y deterioradas. El grupo de origen ha fracasado en la reinserción humana del sujeto enfermo y el centro psiquiátrico fracasa también:

— Ciertos enfermos no se integran en la dinámica del centro: paranoicos, esquizofrénicos refugiados en el autismo, agresivos que el resto rechaza, indeseables, etc.

— Otros, en cambio, están superadaptados: los ansiosos que temen volver a encontrar las responsabilidades y problemas de la vida y los desequilibrados perezosos que conocen, y utilizan, todos los resortes del centro para sus fines egocéntricos.

— Por último, aquéllos que no han roto sus lazos con el exterior, pero que, para salir, siguen la pauta del sometimiento infantil o el aplastamiento.

RESUMEN

No será difícil resumir los rasgos relevantes de esta microsociedad asilar:

- A nivel de entronque con la sociedad global, la justificación existencial del centro está basada en un pacto tácito en el que hay implicadas muchas más cosas de las que ambas partes reconocen. El resultado de este pacto convierte al centro en una microsociedad tipo «comodín», que le impide establecer relaciones seguras, claras y objetivas con la sociedad global. La «comunicación racional» entre el centro y la sociedad se hace, desde este momento imposible.

- A nivel del enfermo con relación a la institución se plantea una pauta coercitiva que no puede pretender la actitud positiva de adhesión en un proyecto terapéutico.

- A nivel de enfermo-enfermo, relaciones artificiales, sin calor ni interés. Islotes individuales, sin ningún tipo de comunicación vital y personal.

- A nivel de enfermo-médico, actitud infantil de su-
misión total.

- A nivel de enfermo-cuidador, actitud de rechazo
constantemente latente.

- A nivel de enfermo consigo mismo, abandono hacia
las regiones más frágiles y tenebrosas de su personalidad.
La inercia, por fin, sin crítica, sin límites y sin comuni-
cación, de los propios delirios y soliloquios...

- Recordemos, finalmente, que se trata de un sana-
torio exclusivamnete masculino, con dificultades para
pensar en un sanatorio mixto, toda vez que existe un
centro femenino separado solamente por una calle. El
paso de enfermas a un servicio de comidas, tal como se
realiza, y algunas —muy pocas— convivencias, conjun-
tas puede dejarnos satisfechos.

No entramos en la problemática que presenta un cen-
tro mixto y nos limitamos al centro masculino que es
por hoy el de nuestra incumbencia, pero quede también
detectada esta idea que con frecuencia sale en el am-
biente y que no se ha propuesto con la fuerza y el sen-
tido que la psiquiatría actual requiere.

CONSECUENCIAS

- El resultado de esta complicidad (la de la sociedad
de origen, que margina, y la de microsociedad que acoge
«a pesar de la no adhesión personal de los sujetos»),
justifica y alimenta la misma enfermedad mental.

- El enfermo mental, cuyo rasgo general más carac-
terístico es el individualismo, se ve obligado a «vivir»
en un grupo que no ha elegido, sino que le han impuesto.

PLANTEAMIENTO DE JUICIO

Una institución con tales características tiene rasgos
de una microsociedad inhumana, por estas razones:

- El asilo condena al enfermo a un presente monóto-
no y no le proporciona un porvenir.

- La única justificación del centro estriba en la adhe-
sión voluntaria y activa en un proyecto de terapia. Si no
la cumple, el centro es coercitivo.

- El enfermo mental, disminuído en sus apreciacio-
nes racionales y volitivas es particularmente vulnerable
a la explotación.

- El asilo provoca en el enfermo mental actitudes
infantiles de obediencia y sumisión; incluso de temor.

- El asilo no ofrece la posibilidad de una estable y
sincera comunicación personal y condena a los miem-
bros a lenguajes interpretativos y al autismo.

REPERCUSIÓN DE LA SITUACIÓN SOBRE LO RELIGIOSO

Todas estas situaciones son campo abonado para
una religión mágica.

La magia no necesita el paso por la persona; son las
fuerzas naturales las que se imponen a favor o en

contra de los individuos, pero siempre «sin contar con
ellos». La religión mágica ha sido siempre impersonal,
ha florecido en épocas más inhumanas o en los territo-
rios sometidos a las fuerzas naturales.

En el sanatorio psiquiátrico se da el ambiente nece-
sario para el florecimiento de este tipo de pauta reli-
giosa:

- La institución representa a las «fuerzas naturales»
con su carácter inmutable de un «destino» impuesto, no
querido, pero al cual es necesario someterse.

- El individuo no puede enfrentar su futuro desde la
plataforma humana de su querer y desear; su situación
es pre-humana, pertenece a la familia, a la institución, a
la sociedad. Como actividad positiva sólo le queda la
actitud de «propiciación» y de «ingraciación»; hacer su-
yas las fuerzas ajenas, intentar encontrar su favor.

- Con estructuras religiosas mágicas en el sanatorio,
es campo en el que abundan todo tipo de proyecciones,
favoreciendo los círculos viciosos de sometimiento, falta
de libertad y madurez, regresión a posturas infantiles
de incertidumbre, miedo y desvalimiento.

- El único tipo de religión que el centro asilar hace
posible está en la línea de lo que Bergson llama «religión
estática». Él la define: «Es una reacción defensiva de
la naturaleza contra todo aquello que puede ser depri-
mente para el individuo y disolvente para la sociedad,
en el ejercicio del dinamismo y valores humanos».

BASES PRÁCTICAS DE ACTUACIÓN PASTORAL

Las líneas que siguen quieren ser una ayuda desde el
servicio religioso —por lo que a él respecta— para una
reflexión y actuación cristianas que vayan orientadas a
la liberación del hombre total, aquí disminuido, limita-
do, muy condicionado, según se desprende de todo el
análisis realizado en la segunda parte.

Es, pues, a este hombre al que tenemos que evange-
lizar y salvar.

Intentaremos dar en esta tercera parte los caminos de
actuación que nos parecen más viables —la aportación
específica desde el servicio religioso.

ANUNCIO EVANGÉLICO

El universo cristiano requiere unas bases mínimas:

- El mensaje cristiano parte de una *liberación* del
hombre; liberación de las fuerzas naturales, liberación
del destino, liberación de todo aquello que oprime o
esclaviza.

- El mensaje cristiano es un mensaje de *salvación*,
es esencialmente terapéutico: de la miseria del mundo,
de la miseria de los hombres, y de la propia pobreza.

- El mensaje cristiano es una *llamada al desarrollo*:
favorece, íntinsecamente, todas aquellas energías y po-

sibilidades que faciliten al hombre, cada vez más, dueño del mundo, del tiempo, de las situaciones y de sí mismo.

- El mensaje cristiano es esencialmente *comunitario*: estimula la creación personal en el juego de las relaciones interpersonales.

- El mensaje cristiano es total, abarca a todo el hombre y a todas sus circunstancias; se apoya en la fe, no es una sociología ni una psicología, aunque necesita de las mismas.

LÍNEAS CONCRETAS DE ACTUACIÓN PASTORAL

Provocar y favorecer las condiciones mínimas para dar posibilidad al anuncio del mensaje cristiano. Esto incluye:

- No prestarse al juego de una religión estática, de tipo mágico. Sería continuar los mecanismos abusivos que discriminan a personas tomando partido por el más fuerte: familias, grupos de origen, personal dirigente del centro, sociedad en general con sus valores establecidos.

- Dedicarse enteramente a la humanización del centro en todos sus niveles, empezando por los más eficaces.

Más en concreto y descendiendo a detalles:

- Trabajar el nivel institucional, haciéndolo más flexible. La meta consiste en cambiar su status: de imagen de las fuerzas represoras pasar a la imagen de lugar provisional y dinámico de terapia.

- Romper la situación asilar del centro, que encubre muchos enjuagues. La asimilación del enfermo deberá orientarse en dirección a su grupo de origen. Esto supone ayudar al grupo natural a vencer y dominar sus temores y sus miedos; potenciar las estructuras personales del enfermo, capacitándole en el enfrentamiento de su futuro.

- Mantener al enfermo en «sus problemas reales», sin añadirle ni favorecerle con otros distintos, engendrados en el centro.

- Estimular la labor del equipo, que supone:

- un elevado nivel de comunicación,
- un proyecto claro y estable de terapia,
- colaboración fluida en todos los niveles.

- Conseguir vencer las resistencias del enfermo, estimulándole a una colaboración personal en el proyecto terapéutico.

- Crear la confianza como base de conducta en todos los niveles.

Las metas propuestas pueden resumirse en cuatro apartados:

- *Liberación*, que presupone devolver al enfermo mental su categoría de persona humana, con posibilidades de ser dueño de su futuro.

- *Salud*, como posesión natural del individuo. El tiene derecho.

- *Madurez*, que presupone rompimiento del cerco protector que impide el desarrollo personal.

- *Comunicación*, que presupone un cambio de todas las relaciones dentro de la indagación de la verdad y del coraje suficiente para asumirla y, si es posible, transformarla.

PROGRAMACIÓN

Para responder a todas estas realidades, y en un intento de mayor reflexión, el servicio religioso desea contribuir, desde su competencia, y para ello orienta su acción pastoral hacia la comunidad religiosa, enfermos y personal del hospital; en definitiva, es todo el hospital el que debe ser evangelizado.

Nivel de comunidad religiosa

- Un punto de apoyo irá orientado a potenciar y sensibilizar lo que la misma comunidad realiza ordenado por Constituciones: eucaristías, retiros, liturgia de las horas...

- Se estudiará la necesidad de una mayor reflexión de la misma comunicada a través de grupos de oración y actualización constante por medio de conferencias o revisiones.

- La puesta en práctica —qué y cómo— deberá ser programada a principio de curso por la misma comunidad, exigiendo unas evaluaciones periódicas.

- La finalidad de esta atención a la comunidad no es otra que la de conseguir una suficiente sensibilización y motivación que respondan después a una mayor responsabilidad, madurez y realización en el campo personal y hospitalario.

Nivel de enfermos

El servicio religioso actuará de acuerdo con el equipo terapéutico de cada clínica; para ello:

- Se integrará en el equipo por medio de los capellanes y desde ahí se verá a qué personal puede proyectarse y cómo hacerlo.

- En cada clínica habrá, por tanto, la programación requerida para una actuación correcta desde el servicio religioso.

A su tiempo deberán ser programados también los temas religiosos de carácter general del sanatorio:

- eucaristías para los enfermos
- grupos apostólicos formados por enfermos
- preparación a la Navidad y Pascua
- días y horas de despacho a disposición de los enfermos
- visitas a los pabellones
- servicio desde la emisora.

Nivel del personal del sanatorio

- Participación con el comité de docencia en la programación sobre actualización del personal.
- Relaciones interpersonales a través del equipo de cada clínica o espontáneas.

Afines y aportación del servicio religioso

- Participación en juntas y comités (facultativa, docencia y deontología).
- Reuniones de evaluación y consulta desde la dirección u otros departamentos y servicios.
- Promoción a través de biblioteca, concursos, foros, convivencias.

APÉNDICE

El proyecto anterior ha sido estudiado en dos sesiones de la junta facultativa del sanatorio; ésta aprueba las líneas generales de dicho proyecto y sugiere al mismo tiempo una mayor explicitación del primer apartado de

Nivel de enfermos

Considerando esta petición, el servicio religioso expone sus deseos como sigue:

- El servicio religioso del sanatorio, en cumplimiento de lo marcado en el Directorio Provincial, se constituye en igualdad de condiciones que los restantes servicios del centro.

Como entidad jurídica gozará de derechos y deberes.

Como derechos se señalan los siguientes:

- el reconocimiento de su paridad con los otros servicios (Directorio Provincial artículo 20),
- el libre acceso a las personas,
- el reconocimiento de su praxis, según la planificación y funcionalidad que le es propia.

Como deberes se señalan:

- la constitución y organización de su servicio (Directorio Provincial artículos 25-26),
- la dedicación mensurable de una jornada de trabajo,
- la evaluación periódica de su gestión, tanto desde el campo de su propio servicio, como desde el campo de los organismos competentes.

Las líneas de gestión del servicio religioso serán las siguientes:

- Nivel global: el sector de gestión del servicio religioso es la persona total, con todas sus complejas inter-

relaciones; por tanto, el servicio religioso no establecerá discriminación de personas: autoridad o súbdito, sano o enfermo, cerrado o libre.

- Nivel institucional: El servicio religioso ofrece asesoramiento a las diferentes Juntas del Sanatorio; en caso de no utilización, se urgirá a tenor del número 12 de las Conclusiones de la II Asamblea Provincial. El servicio religioso ofrece iluminación, desde el Evangelio, de las situaciones detectadas en la práctica hospitalaria; en caso de no utilización, se urgirá a tenor del número 13 de las mismas conclusiones (1).

El servicio religioso, atendiendo a la organización en clínicas del sanatorio, ajustará su práctica a dicha modalidad. Para ello, dispondrá de un día a la semana para cada clínica que servirá para programación, revisión y evaluación con el equipo terapéutico.

El contenido de dicha práctica será el siguiente:

— atención a *casos individuales* que el equipo terapéutico, el servicio religioso o el mismo interesado lo soliciten,

— atención de *aspectos religiosos por grupos*, según un programa acordado.

Adelantando temas, se señalan los siguientes:

- relación del individuo con la vida y la muerte,
- relación del individuo con la moral y la norma,
- culpabilidad,
- relación del individuo con los fantasmas infantiles de omnipotencia,
- relación del individuo con las fuerzas naturales, sacrales o autoritarias; magia.

— El servicio religioso será especialmente sensible a todo lo que signifique colaboración intradepartamental; por ello:

- comunicará periódicamente a cada clínica las conclusiones y aspectos de su práctica;
- si lo cree necesario, además del encuentro semanal con el equipo terapéutico promoverá otros para revisar los aspectos comunes que repercutan en beneficio del enfermo;
- estará abierto a toda información, sugerencia o propuesta;
- estará en disponibilidad de evaluar criterios y resultados.

(1) Los números 12 y 13 de la Conferencia Provincial se refieren sobre todo al papel de asesoramiento y concienciación que debe realizar el Secretariado de Pastoral al gobierno de los hospitales para una mayor clarificación y responsabilidad en orden a una atención total a las personas que trabajan en nuestros hospitales.

La pastoral de Sacramentos de los enfermos

Por CLAUDIO HORTEMANN, M. I.

II

SACRAMENTOS Y ENFERMOS

La Penitencia

El desafecto general de los cristianos hacia este sacramento explica que sea pedido muy raras veces en el hospital. Más que en ningún otro sacramento es el enfermo quien debe pedirlo, ya que la celebración de la Penitencia depende ante todo del juicio que, a la luz del evangelio, el enfermo hace sobre su vida. Pero el diálogo pastoral puede conducir al enfermo a tomar conciencia de los comportamientos por los cuales ha rechazado las llamadas del Evangelio. Es entonces la ocasión de despertar la necesidad del perdón de Dios invitando a una conversión, y el deseo de recibir el sacramento que lo significa.

La petición del sacramento da al sacerdote la responsabilidad de disipar muchas concepciones falsas de la penitencia: Medio de estar limpio ante Dios, de ponerse en regla, de no tener nada que reprocharse, o condición «sine qua non» para recibir la Eucaristía. Ciertos enfermos quieren el sacramento porque conciben confusamente su enfermedad como un castigo divino por faltas que no siempre son capaces de identificar o evaluar. Otros, porque están angustiados ante la operación quirúrgica que van a sufrir. Frente a la eventualidad de una muerte que los coja desprovistos, quieren «poner a buenas con Dios».

Sea cual fuere la ambigüedad de las motivaciones, la petición del enfermo es siempre el punto de partida para un diálogo que permite aclarar, y que nunca deberíamos descuidar. Tenemos que hacer superar esa mentalidad individualista del sacramento, considerado solamente como una reconciliación personal con Dios. El pecado ha de reconocerse como un mal que alcanza a los demás y a Cristo en ellos. Ahora bien, esta dimensión social del pecado está muy lejos de sensibilizar a la mayoría de los enfermos. Estos han de descubrir que el pecado hiere a la comunidad eclesial entera, desfigura su rostro y disminuye su credibilidad. Es este aspecto social el que la preparación al sacramento ha de clarificar. La reconciliación personal con Dios en Cristo exige la reconciliación con los demás, con la Iglesia; o al menos el deseo de esa reconciliación, de la que el enfermo no es siempre psicológicamente capaz de inme-

diato. Del mismo modo, se ha de cargar menos el acento sobre el detalle de las acusaciones que sobre el deseo de conversión que anima la confesión. Porque el pesar de las faltas no basta para la reconciliación. Es necesario que el hombre entero se reoriente hacia una nueva opción radical, que no se limita al tiempo del sacramento sino que compromete el futuro.

Cuando un enfermo pide confesarse, debemos permitirle prepararse, y preparar con él, si lo desea, este acto de conversión. Cuando se trata de un enfermo angustiado por la intervención quirúrgica es preferible no confesarlo inmediatamente, charlar, encontrarse primero con él para que su confesión no sea determinada sólo por la angustia y el miedo sino que nazca de un proceso más reflejo y más libre. He conocido enfermos que, próximos a operarse, querían confesarse, y que no pude ver hasta después de la intervención: Ya no deseaban el sacramento.

En las salas comunes la confesión de las faltas resulta con gran frecuencia imposible. No es necesaria para comunicar el sacramento (existen otros casos de dispensa de la acusación). Lo importante es la contrición del enfermo, su deseo de conversión cuya importancia generalmente se puede recordar. Al enfermo le es posible siempre expresarlas en una oración en silencio. También es deseable poner al enfermo ante la Palabra de Dios escogiendo un pasaje bíblico que ilumine la «andadura» del enfermo y el comportamiento de Dios con él.

Resta decir, para que el sacramento tenga verdadero significado, que se han de inventar nuevas fórmulas que no limiten al penitente a un «yo me acuso», sino que le permitan expresar más su deseo de conversión y de reconciliación con los demás. La creación de nuevas formas de celebración es urgente, si se quiere revalorizar el carácter social del sacramento.

La Eucaristía

El sacramento más frecuentemente pedido en el hospital; la petición de la eucaristía manifiesta generalmente la seriedad de la fe del enfermo. Pero esto no siempre es verdadero.

Por tanto conviene informarse con tacto, sobre la frecuencia de la comunión del enfermo antes de ser hospitalizado, del sentido que quiere dar a su comunión en el hospital. Sucede que el enfermo desea reanudar una costumbre de juventud que había abandonado, y que ello sea una manera de exorcizar la enfermedad reconciliándose con Dios, al que se considera más o menos claramente como causa de la enfermedad. También sucede que la petición no expresa más que la voluntad de apropiarse de todas las posibilidades de curación.

Sean cuales fueren las motivaciones del enfermo, por lo que al Pastor respecta no se trata de erigirse en censor. Pero hemos de tenerlo en cuenta para permitir al enfermo que las supere, a fin de que aproveche más profundamente de la acción sacramental que quiere realizar.

Es necesario hacerle descubrir al enfermo o profundizar todo el significado de la Eucaristía. La mayoría de las veces, no percibe más que un aspecto, el de una presencia real —yo preferiría decir de una presencia cierta, ya que se trata de la de Dios más que de Cristo—. Nos vemos, pues, conducidos a hacer tomar conciencia de que el simbolismo del alimento de la eucaristía indica la profundidad y la intensidad de la intimidad de Cristo con el hombre, y que esta intimidad lleva consigo necesariamente la exigencia de vivir el sentido que Cristo ha dado a su vida, tal como la Eucaristía lo expresa al máximo: Una comunión total con Dios y con los demás. Es la dimensión fraterna de la comunión abierta a lo universal: Esto es lo que más hay que recordar ya que está lejos de ser percibido suficientemente por el enfermo, a quien lo patológico le lleva a un egocentrismo mayor. Esa dimensión es el lugar privilegiado del testimonio.

Del mismo modo, hemos de enlazar la Eucaristía con la comunidad local que la celebra, y a la que permanece unido el enfermo. El don del sacramento en el hospital interpela, por otra parte, a la Iglesia local sobre el cuidado que presta a sus enfermos, sobre la manera como concreta su comunión con ellos: Visitas, distribución de la Eucaristía por seculares, parientes o amigos, lucha por la humanización de los hospitales, etc. Con mayor razón los cristianos pertenecientes al personal hospitalario son interpelados.

A enfermos particularmente desagradables hacia quienes le rodean es mejor no darles la Eucaristía sin sensibilizarlos ante el antitestimonio que su comunión puede significar para los demás, especialmente para aquellos que no convaliden su fe.

Sucede a veces que un enfermo no puede recibir la Eucaristía a causa de impedimentos debidos a su enfermedad o a la terapéutica: náuseas, vómitos, sonda gástrica o nasal. ¿Es conveniente entonces proponerle otro sacramento, la Unción de los enfermos por ejemplo, a fin de que pueda beneficiarse de un signo que le asegure la presencia de Cristo?

Me parece que una tal solución quitaría a los sacra-

mentos todo sentido específico, no conservando más que su significado como acción de Cristo. Ni la Unción ni la Penitencia son sustitutos de la Eucaristía, ni otro sacramento. Los sacramentos no son realidades intercambiables. Dar la Unción a un enfermo porque es incapaz de comulgar, es alargar el desconocimiento de la originalidad de cada sacramento, y una mentalidad que no ve en él más que un acto de Cristo sin referencia a la situación singular a la que va dirigido. En nuestros días, la pastoral sacramental no gana nada con ello si no empobrecer cada vez más la noción de sacramento. Si se administra la Unción o la Penitencia a un enfermo incapaz de comulgar, eso no sería para sustituir a la Eucaristía, sino para permitir al enfermo vivir los significados particulares de estos dos sacramentos.

Por lo que a la Eucaristía se refiere, allí donde exista una capilla, es preferible los enfermos comulguen durante la Misa: la dimensión colectiva del sacramento queda mejor significada. La liturgia, incluida la homilía, no ha de polarizarse únicamente sobre el sufrimiento y la enfermedad. Es un tiempo privilegiado para poner al enfermo, tentado por el aislamiento, ante los acontecimientos y los problemas que viven la Iglesia y el mundo actuales, y para estimularlo a participar en ellos, aunque no sea más que con la oración.

Para enfermos inmovilizados que reciben la Eucaristía en su habitación, el don del sacramento (bajo la especie de pan o de vino) no debe ser un acto rápido y trivial, semejante a una distribución de comprimidos. Es importante encontrar el momento más favorable, cuando el enfermo no esté molestado por ninguna cura, cuando tenga tiempo de recogerse antes y después de la comunión. La lectura previa de un texto breve de la Eucaristía permite conectar la Eucaristía con la Palabra de Dios. Este texto puede ser escogido con el enfermo el día antes de comulgar, para que le sea más conveniente. El nuevo ritual preconiza esta lectura de la Escritura. La estructura litúrgica que propone para la comunión del enfermo me parece excelente: Preparación penitencial, escucha de la Palabra, comunión, oración de conclusión, puesto que da a este momento eucarístico bastante amplitud, bastante solemnidad, para hacer de él un tiempo fuerte de la vida del enfermo (1).

El contenido de la oración conclusiva se debe cuidar a fin de que tenga un valor catequético. En primer lugar debería tener en cuenta la situación particular del enfermo, y poner el acento sobre la dimensión comunitaria del sacramento, sobre la exigencia de testimonio que conlleva. El capellán puede conectar también la presencia del Señor en la Eucaristía con la que mediatizan el personal de enfermería y los visitantes, que son igualmente el signo de la comunión de la Iglesia con el enfermo. Nada se debe descuidar en la manera de dar la comunión a los enfermos, ya que es posible hacer de

1. Recordemos el Ritual completo que se encuentra en *Liturgias de comunión*, editado por Ed. «Le Centurion».

ella un anuncio nuevo del Señor para el que comulga y más aún para sus vecinos. Puede, en estos últimos casos, renovar la visión de la realidad cristiana o provocar una profundización de la fe, una mejor comprensión de los sacramentos.

EL VIÁTICO

A los moribundos la Iglesia les destina la Eucaristía recibida en viático. Sacramento de la muerte y de la resurrección de Cristo, el viático ofrece al enfermo unirse al misterio pascual de Jesús, para hacer de su muerte una Pascua.

En nuestros días, el Viático es pedido muy raras veces. El descenso de la práctica sacramental lo explica en gran parte. Y más aún el rechazo de la muerte por nuestra sociedad. En el hospital se hace todo lo posible hasta el final para ocultar la inminencia de la muerte, y los cristianos no contestan esta actitud. Con mucha frecuencia el enfermo entra en coma sin saber que su final está próximo. Si lo presiente no habla de ello con la familia, ya sea porque el comportamiento familiar le impide esta confidencia, o bien porque el enfermo no quiere perturbar a los suyos.

Entonces lo primero que se impone es trabajar por la

sensibilización de las conciencias cristianas hacia el sentido de la muerte. Revalorar el Viático ayudará. Ahora bien, esto no sucederá mientras la Unción sea percibida como el sacramento que consagra la muerte del cristiano. Es necesario que la Unción pierda ese aspecto de último sacramento para que el Viático reencuentre su puesto.

Por el momento, no es conveniente proponer el Viático a enfermos que habitualmente no comulgan y que no saben que toda esperanza de curación está perdida. Lo esencial sigue siendo el caminar de la fe durante la enfermedad. Pero disponemos de la oración para ellos, y con ellos, con quienes rodean al enfermo, una oración que puede orientar al enfermo hacia una entrega total de sí mismo en las manos de Dios, cualquiera que sea el desenlace del mal.

En el caso de un enfermo próximo a morir, aunque lo ignore, y que tiene costumbre de comulgar ¿no se le podría proponer dar a una de sus comuniones un tono particular, más solemne? El enfermo expresaría así la voluntad de hacer de su muerte, cualquiera que sea su proximidad, una participación en el misterio pascual de Cristo. Por otra parte, ¿cada Eucaristía no comporta esa perspectiva?

Seleccionado y presentado
por el equipo de PADRES CAMILOS. Madrid



LIBRO
AZUL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los temas hospitalarios
que en el libro se recogen son
una valiosa aportación a la
organización del hospital moderno.

Pedidos a: Hospital san Juan de Dios - Carretera Esplugas, s/n - Barcelona 17

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

Discurso del Papa al Congreso mundial de enfermeras y asistentes médico-sociales

VUESTRO TESTIMONIO

Vuestra visita constituye para nos un motivo especial de alegría y de esperanza. En este XL aniversario de la fundación del Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médico-sociales, vosotras dais testimonio de su notable y siempre actual expansión, especialmente en África y América Central. Por ello damos nuestra calurosa enhorabuena a las organizadoras de este segundo Congreso mundial de Roma y a las cuatro mil participantes, que han venido de todos los países para intercambiar sus inestimables experiencias del mundo de los hospitales y para renovar su afán por servirle mejor.

En estos breves momentos, no volveremos a tratar de las ricas experiencias ni de las animadas discusiones que han caracterizado vuestro Congreso. Queremos únicamente, dentro del marco de nuestras responsabilidades pastorales, daros nuestro más vivo aliento.

EL DON DEL ENTUSIASMO

Vuestras dificultades, sean de orden personal o profesional o específicas de los países a los que servís, están presentes en nuestro corazón. Sin embargo, os deseamos más que nunca el don del entusiasmo. Y por entusiasmo entendemos un entusiasmo cristiano y realista. Sin minimizar la rigurosa necesidad de una formación profesional permanente, nos permitimos insistir en la urgencia de convicciones morales y espirituales, la más fundamental y apasionante de las cuales es que vosotras estáis tocando continuamente realidades sagradas. Ya se trate de niños que están para nacer o de personas ancianas, de accidentados o de personas sometidas a una cura, de minusválidos físicos o mentales, se trata siempre del hombre, cuyos títulos de nobleza están inscritos para siempre en las primeras páginas de la Biblia: «Dios creó al hombre a su imagen (Gén 1, 27). Se ha dicho siempre,



por lo demás, que se puede juzgar una civilización por su comportamiento con los débiles, los niños, los enfermos, las personas de la tercera edad.

TRABAJAD POR LA HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL

Apoyadas por vuestras convicciones, profundizadas personalmente a la vez que con la ayuda de vuestras Uniones locales o regionales, continuad trabajando por la expansión de una auténtica «política sanitaria» en

vuestros diferentes países y, más aún, por su humanización. Sí, decimos bien, por su humanización. El hospital debe seguir siendo o convertirse en un lugar humano por excelencia, donde cada persona es tratada con dignidad, donde el hombre siente, a pesar del sufrimiento, la cercanía de hermanos, de hermanas, de amigos. Los sentimientos de humanidad no pueden separarse de los cuidados de un hospital. Vosotras participáis en este encuentro necesario entre la técnica y la espiritualidad, sin el cual el mundo moderno no puede producir más que el vértigo y la inquietud a causa de la aceleración de sus experiencias, o engendrar la fría monotonía de una existencia programada y reducida al estado de *robot*. ¿No os toca a vosotras, antes que a nadie, queridas hijas, mantener esta nota de relaciones humanas personalizadas en todos los sectores a que tenéis acceso?

ESFUERZO APOSTÓLICO ORGANIZADO Y COORDINADO

No se puede ignorar, sin embargo, que el esfuerzo apostólico actual debe estar organizado y coordinado, si quiere ser plena y verdaderamente eficaz en el seno del mundo profesional. Esa es la razón de ser de las múltiples organizaciones, a las que la Iglesia da justamente una importancia tan grande. Queremos, por tanto, expresar nuestra satisfacción al ver que, en el campo que os es propio, habéis comprendido esta exigencia y os esforzáis por trabajar en todas partes de una manera no individual, sino en colaboración con todas aquellas que comparten vuestro ideal humano y cristiano. Queremos, pues, animar públicamente y enfáticamente la actividad y el desarrollo de vuestras asociaciones a todos sus niveles, especialmente en el plano nacional e internacional: la eficacia de vuestra acción depende en gran parte —estad persuadidas de ello— de esta voluntad de unión para un servicio mejor.

LA IGLESIA SE SIENTE ORGULLOSA DE LOS QUE HAN ELEGIDO COMO PROFESIÓN LA CONSAGRACIÓN AL MUNDO SUFRIENTE

La Iglesia se siente orgullosa con razón de la maravillosa caridad de tantos fundadores y fundadoras de Órdenes dedicadas a los hospitales, de todos los que hoy trabajan sobre sus huellas en las instituciones que ellos han dejado, o que han elegido como profesión esta consagración al mundo sufriente, asumiendo esta función en la fe. Vosotras pertenecéis a esta Iglesia, como laicas o como religiosas. Por tanto, pedimos al Señor, para vosotras y para quienes representáis, la gracia de vivir vuestras responsabilidades, siempre delicadas y exigentes, con la fuerza y la ternura de que Él nos dejó el ejemplo perfecto.

En su nombre, os bendecimos de todo corazón.

El respeto de la persona humana en la atención a los enfermos mentales

A LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA NEUROLOGÍA

Es sólo un sencillo saludo el que os dirigimos, pero quisiéramos que expresara, junto con la alegría y el honor que sentimos al recibirlos, toda la estima que vuestro arte médico despierta en nos, así como los fervientes votos que hacemos por su éxito al pensar en todos los enfermos de nervios y en sus familiares que tienen puesta en vosotros una gran esperanza.

Sin pretender entrar en la complejidad técnica del programa de vuestra reunión romana de neurólogos, quisiéramos poner de relieve algunos aspectos generales de vuestra profesión.

LA NEUROPSIQUIATRÍA SECTOR PRIVILEGIADO ENTRE TODOS LOS SECTORES DE LA MEDICINA

En primer lugar, queremos hacer notar la gran importancia de la especialidad médica que representáis. La Iglesia se ha alegrado siempre del progreso científico cuando éste está al servicio del hombre. La neuropsiquiatría constituye un sector privilegiado entre todos los sectores de la medicina. En este terreno el progreso científico ha sido realmente impresionante. Lo que a principios de siglo parecía todavía casi una «terra ignorata» se ha convertido en un terreno donde el especialista, tanto el cirujano como el siquiatra, interviene con éxito.

EL ENFERMO HOMBRE QUE CONSERVA UNA DIGNIDAD INMUTABLE

Una prueba es patente a los ojos de todos: la progresiva desaparición de los manicomios. La misma etiqueta «manicomio» era ya la constatación de un fracaso. El enfermo por el que no se podía hacer nada quedaba realmente separado del resto de los hombres, quedaba alienado y perdía los derechos cívicos que poseía como persona humana. Actualmente los hospitales siquiátricos han ocupado el puesto de los manicomios. Se tiende cada vez más a considerar al enfermo como a un hombre de derecho pleno, que conserva una dignidad inmutable. A menudo, gracias al progreso de la terapéutica, puede moverse libremente. Apenas si se oye ya hablar de camisas de fuerza, de cadenas. Lo que vuestro gran predecesor Philippe Pinel (1745-1826) había intuido el siglo pasado, vosotros lo estáis realizando hoy. A todos voso-

tros nuestra enhorabuena y nuestro aliento por esta investigación tenaz a la que habéis contribuido con vuestros estudios y trabajos, así como por la colaboración fructuosa que ponéis en práctica, por ejemplo aquí, entre neurólogos italianos y franceses.

JERARQUÍA DE VALORES EN EL HOMBRE

Queremos poner de relieve otro aspecto de vuestra ciencia: la gran ayuda que ofrece para comprender la jerarquía de valores en el hombre. En el momento actual, el humanismo constituye la preocupación dominante de los movimientos sociales, políticos, filosóficos, espirituales. Pero, ¿qué es en definitiva el hombre? Vosotros respondéis diciendo que existe en él una jerarquía de valores. Sí, el hombre es complejo: es necesario tener cuidado y no reducirle al funcionamiento de una sola parte de su ser.

El sistema nervioso central, ese *córtex* cuyas células privilegiadas, las células piramidales, parecen gozar de una perpetua juventud, manda en todo un conjunto. Vosotros, neurólogos, al dedicaros a vuestra especialidad, os sentís más inclinados que nadie a hacer una especie de «lectura» del ser humano. Le veis formado por una jerarquía de valores que dependen de la zona privilegiada del *córtex*.

Ya sólo por esto, estáis en armonía con la visión del mismo Dios. Para Dios, el hombre es como un haz de vidas complementarias, la vida de los órganos, de la afectividad, que dependen de las facultades superiores de la inteligencia y de la voluntad. El hombre creado a imagen y semejanza de Dios (Gén 1, 26) es, ante todo, inteligencia y amor. Si el *córtex*, zona privilegiada del sistema nervioso, resulta afectado, el ejercicio de la inteligencia y de la voluntad queda bloqueado. Nos imaginamos la alegría que sentís, y la compartimos, cuando, gracias a vuestros conocimientos anatómicos y fisiológicos, gracias a vuestra terapéutica, volvéis a descubrir en la mirada de un enfermo la chispa de la inteligencia, y hacéis que su corazón encuentre de nuevo su entusiasmo.

Sólo por esto vuestra ciencia inspira ya respeto. Dios os concede el honor de continuar su obra al hacer que un enfermo vuelva a ser plenamente un hombre o, al menos, a aliviar su miseria. Vosotros lo sabéis mejor que nos; esta poderosa terapéutica, fruto de vuestras investigaciones, podría convertirse en un enemigo del fin pretendido, y disminuir al hombre perturbando el ejercicio de su inteligencia y de su voluntad. El hombre no debería convertirse jamás en objeto de experiencias. Vosotros veis, sin duda alguna, el peligro.

Pero el mero hecho de vuestra presencia aquí, el deseo que habéis expresado de entrar en contacto con la Cabeza de la Iglesia católica, es ya una respuesta a este temor. Vosotros no queréis otra cosa que estar al servicio del hombre. Nos alegramos profundamente de ello.

JESÚS Y LOS ENFERMOS

Este homenaje a vuestro servicio, a vuestro «ministerio» se podría decir, os lo tributamos como testigo del Señor Jesús. Vosotros sabéis la compasión que Él mostró hacia todos los que se encontraban como atados en lo más profundo de su ser: es el caso de los enfermos de nervios; vosotros conocéis la pasión con que se entregó a aliviarles, cuerpo y alma. Quienes de entre vosotros comparten nuestra fe y nuestra esperanza tienen el consuelo de pensar que participan, en este mundo dentro del terreno de la salud, en la misión liberadora del Señor, en su preocupación por los «pobres» que tienen siempre un lugar privilegiado en el corazón del Padre. Aun más allá de los progresos visibles, sabemos que es una zona del alma en que el hombre alcanza el absoluto y entra en comunicación con el Dios vivo, con su vida. Dios es mayor que nuestro corazón.

Le rogamos que bendiga todo lo que vosotros realizáis con la inteligencia y el amor de que os ha hecho partícipes. Que en medio de las pruebas personales o profesionales, os colme de paz, de alegría y de esperanza, igual que a vuestras familias, a vuestros pacientes y a todos vuestros seres queridos.

El desastroso efecto del abuso del alcohol

Nos alegra poder saludar a los miembros de la *Calix Society* en el XXV aniversario de su fundación. Al daros la bienvenida en vuestra peregrinación a la Sede de Pedro, expresamos nuestra estima por vuestro serio compromiso de trabajar para la eliminación del abuso del alcohol y del alcoholismo mismo.

En nuestro ministerio apostólico somos muy conscientes de la gravedad de este problema y de cuán estrechamente está unido al problema general del abuso de la droga. Nos damos cuenta de los efectos desastrosos que estos desórdenes provocan en gran número de gente de todo el mundo: en el individuo, en las familias, en las comunidades. Conocemos también los efectos que tiene en la sociedad en general.

Sabemos cuán extendido está el abuso del alcohol y los grandes sufrimientos que causa en el hombre: angustia y enfermedades, incluso la muerte. Produce una marcada desorientación de toda la personalidad, especialmente cuando va acompañada de una grave falta de responsabilidad personal y de conciencia de pecado. Para hacerle frente eficazmente, el abuso del alcohol y especialmente el alcoholismo deben ser comprendidos plenamente con todas sus implicaciones: físicas, psicológicas, morales y religiosas. De esta forma se podrá comenzar un eficaz proceso de rehabilitación de los hombres que

la necesitan y que exige un interés fraterno y una ayuda profesional junto con una estricta disciplina personal y un esfuerzo constante y repetido.

Nos agrada muchísimo por tanto expresar nuestra sincera y viva estima por los valiosos esfuerzos que muchos están llevando a cabo con la aplicación de los medios naturales apropiados. Nos agrada aún más ver que estos esfuerzos tienen en cuenta, como ocurre en vuestro caso, la realidad sobrenatural y admiten el impacto que debe derivar de los principios cristianos y del ejercicio de la fe católica. Al reconocer una dimensión que está más allá de las fuerzas naturales y que es necesaria para la curación del alcoholismo y para la reconciliación cristiana de las personas afectadas por él estáis encontrando una nueva aplicación del amplio y siempre válido principio de Santo Tomás: *gratia perficit naturam* (cf. S. Th. I q. 1 a. 8 ad 2), un principio que expresa una relación inmutable entre naturaleza y gracia.

Nos alegra ver cuánta gente tiene estima del recurso a un poder más alto al tratar de resolver los problemas relacionados con el abuso del alcohol. Y es digno de especial mención el hecho de que vosotros identificáis este poder más alto con la gracia sobrenatural de Jesucristo, el poder curativo de su palabra y de sus sacramentos. A este respecto os animamos con agrado a pres-

tar especial atención al sacramento de la reconciliación y al de la Eucaristía. Confiamos además que vuestros esfuerzos, que están motivados por una auténtica preocupación cristiana por vuestros hermanos necesitados, serán eficaces para ayudarles a alcanzar una genuina *metanoia* de verdadera renovación y reconciliación. Expresamos nuestra doble insistencia en la necesidad de tener en cuenta tanto la naturaleza como la gracia para el bien del conjunto unificado que forma el hombre nuevo en Jesucristo.

Habéis elegido a Matt Talbot como ejemplo admirable de disciplina y virtud sobrenatural. Esperamos que su éxito incitará a innumerables hombres y mujeres de todo el mundo a caer en la cuenta de la necesidad de conversión, de la posibilidad de una real rehabilitación, de la serenidad de la reconciliación cristiana y de la paz y alegría de ayudar a los demás a superar abusos, desórdenes y el pecado.

Que vuestros esfuerzos y los de todos los hombres que tratan de ayudar en esta tarea tan importante, reciban la bendición de Dios, «en quien vivimos, nos movemos y existimos» (cf. Act 17, 28) y sin cuya ayuda somos incapaces de conversión sobrenatural.

Nuestra bendición apostólica se une a la expresión de nuestra esperanza.

La doctrina de la Iglesia sobre la regulación de la natalidad

De muy buena gana hemos aceptado, esta ocasión de encontrarnos con vosotros en el momento en que termináis simultáneamente los trabajos de la XXV Asamblea general de la Federación Internacional Farmacéutica y del XXIV Congreso Internacional de las Ciencias Farmacéuticas. Os saludamos cordialmente y, sensible a vuestra confianza, os agradecemos los sentimientos que acabáis de manifestar.

Vuestros trabajos son importantes no sólo por su valor científico y por la contribución que aportan a un mejor conocimiento de las reacciones del organismo humano a las diversas terapéuticas, sino también porque tienen como objetivo, a través de las diversas especialidades, el alivio del sufrimiento, la mejoría y la curación de los hombres. Este encuentro, que vosotros habéis deseado, nos resulta agradable, pues nos depara la ocasión de manifestaros nuestro respeto. El tema particular de vuestros trabajos y de los problemas que plantean a la conciencia nos obligan también a exponeros algunas de nuestras convicciones al respecto.

LAS ORIENTACIONES DEL CONCILIO Y DE LA ENCÍCLICA «HUMANAE VITAE»

Séanos, pues, permitido pedirnos ante todo a vosotros, que estáis acostumbrados al estudio y a la reflexión,

que dediquéis el tiempo necesario para profundizar realmente en la doctrina firme y constante de la Iglesia sobre las graves cuestiones relativas a la concepción humana. No faltan los documentos dedicados al tema hasta llegar a nuestra Encíclica *Humanae vitae* la cual explicitó esta enseñanza en torno al punto que ha sido una de las materias principales de vuestros trabajos.

Esta enseñanza pone ante los ojos una visión global del hombre (cf. n. 7), tanto por lo que respecta a su dependencia de Dios Creador como en lo tocante a su vocación sobrenatural: sólo ella es realmente esclarecedora y su verdad no puede estar pendiente de las reacciones de la opinión. Por esta razón, alentamos fuertemente a cuantos ponen el interés por el hombre en el primer plano de sus preocupaciones, a que realicen el esfuerzo de ampliar sus perspectivas, de relativizar puntos de vista agrandados unilateralmente por la propaganda, con el fin de llegar a un juicio sano y equilibrado acerca de los valores que están en juego. Se trata de colocar al hombre en el camino de una paternidad responsable. Y en el documento citado (véase su n. 24), como por otra parte había hecho ya el Concilio Vaticano II, invitábamos a los hombres de ciencia a hacer confluir sus estudios y sus realizaciones con el fin de fomentar una sana regulación de la procreación humana.

Ciertamente, el problema de la limitación de los naci-

mientos sigue siendo un problema complejo, que hay que estudiar con prudencia bajo todos sus aspectos, humano, ético, cultural, y no sólo bajo el ángulo materialista de la cantidad.

Nuestra Delegación en la Conferencia mundial de la Población, recientemente celebrada en Bucarest, lo ha reafirmado claramente, al mismo tiempo que reafirmaba sin ninguna ambigüedad la negativa de la Iglesia a aceptar las prácticas contrarias al respeto debido a la vida humana, cuales el aborto, la esterilización, y la contracepción por medios que no respetan las leyes de la transmisión de la vida. Es evidente que nuestra misión nos exige defender sin tregua la vida humana, que es un don inestimable de Dios, y las sagradas leyes que la rigen.

Sí, tanto si se trata del nivel de la investigación científica y de las realizaciones de laboratorio, como del nivel del autodomínio de los esposos, hay que saber pagar el precio de una vida verdaderamente humana, conforme con el designio de Dios. También, sin duda alguna, en el nivel económico: puesto que no se puede en conciencia buscar una fuente de beneficios en la distribución de productos que denigran al hombre y al amor, o que matan la vida.

Las exigencias que acabamos de recordar piden hoy mucha convicción y una gran valentía en medio de la situación de compromiso en la que están inmersos nuestros contemporáneos. Pero estas dificultades no pueden haceros retroceder, ya que las orientaciones tomadas por la sociedad dependerán en parte del vigor de vuestro sentido moral. Os manifestamos nuestra confianza y pedimos al Señor que os ilumine, os fortalezca con su gracia y bendiga vuestra voluntad de servicio, para el bien de todos.

Las relaciones entre el médico y el enfermo a la luz del magisterio de la Iglesia

Carta del cardenal Secretario de Estado a la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas

Señor Presidente
Dr. Vincent O'Sullivan:

El Padre Santo ha examinado con atención el programa del Congreso internacional de la F.I.A.M.C., en Barcelona. Él valora, en su justa medida, la importancia de dicho encuentro, de las comunicaciones e intercambios a que dará lugar, de las reflexiones que suscitará en la conciencia de los participantes, y del testimonio que representará por parte de los médicos católicos. Su Santidad desea hacerles llegar su palabra de aliento y confiarles las esperanzas que tiene depositadas en sus

LAS EXIGENCIAS DE LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO Y DE LA LEY DE DIOS

Nos satisface poder ofrecer una cordial bienvenida a cuantos han venido a Roma para participar en la XXV Asamblea general de la Federación Farmacéutica Internacional y en el XXIV Congreso de Ciencias Farmacéuticas. Nos complace también tener esta oportunidad de manifestarles nuestro profundo interés por su actividad. Pedimos a Dios que, bajo su guía y de acuerdo con sus leyes, vuestros trabajos puedan seguir traducándose en un auténtico progreso del hombre y que con la ayuda de la divina gracia puedan cumplir perfectamente sus responsabilidades a favor de la humanidad, tanto en la generación actual como en la futura.

Unas palabras con nuestro cordial saludo y bienvenida a vosotros, los participantes de lengua española en la XXV Asamblea general de la Federación Internacional Farmacéutica y en el XXIV Congreso Internacional de Ciencias Farmacéuticas. Queremos expresaros el hondo respeto que sentimos por vuestra profesión, a la vez que os exhortamos a ejercerla siempre con profundo sentido moral, en plena correspondencia con las exigencias de la dignidad del ser humano y de la ley de Dios. Invocamos sobre vosotros la continua asistencia divina.

Dirigimos también un particular saludo de bienvenida a los participantes en el Congreso procedentes de los países de lengua alemana. Les auguramos que en su importante actividad para el bien del hombre sean también continuamente conscientes de su gran responsabilidad frente al Creador. Y para que en sus tareas respondan fielmente a su voluntad, que se nos presenta concretamente en la ley moral, imploramos de todo corazón para ustedes una particular bendición de Dios.

trabajos. Asimismo, me ha encargado hacerme intérprete ante ustedes de sus sentimientos.

«Las relaciones entre el médico y el enfermo» es el tema escogido para este Congreso. Las implicaciones son, evidentemente, numerosas. Este mensaje no puede ni quiere exponer todas las exigencias éticas que se refieren a los distintos puntos que serán tratados y que la Iglesia católica ha tenido ya ocasión de exponer, bien por medio de su Magisterio, bien mediante la enseñanza común de los teólogos y moralistas. No es que dicha ética haya perdido su vigor: al contrario, el Padre Santo espera que cuantos intervengan en este Congreso se inspiren en ella, recuerden los principios de la misma, precisen sus aplicaciones concretas en conformidad con las adquisiciones seguras de la conciencia cristiana. No es abandonando esta luz como los médicos católicos po-

drán ayudar al mundo de la medicina al que quieren servir; y menos aún realizar una obra digna de las Asociaciones católicas que ellos representan.

No se trata, por tanto, de la simple continuación de una enseñanza. Pues el respeto al enfermo —tal parece ser el eje central del Congreso— debe ser vivido en las condiciones nuevas que experimentan cada día quienes practican la medicina. ¿Qué obligaciones contrae el médico para con un enfermo que se escapa cada vez más a una relación personal con él? ¿Cómo asegurar la información, sincera y prudente, del paciente; cómo asegurar su consentimiento o el de sus familiares a la terapéutica complicada puesta en práctica? ¿Cómo tener en cuenta su responsabilidad, su conciencia, sometida a tantas presiones? ¿Hasta dónde puede llevar honestamente el médico la experimentación cuando trata no sólo de buscar un alivio, sino de hacer progresar la ciencia médica? ¿Qué postura debe adoptar ante tratamientos o intervenciones que su conciencia reprueba, siguiendo la ley divina, cuando los pacientes las reclaman o las estructuras profesionales o jurídicas las favorecen? Si siempre debe abstenerse de cooperar formalmente, ¿qué puede hacer de positivo para salvaguardar y promover la vida, iluminar la conciencia de los clientes o de la opinión pública, denunciar las estructuras socio-económicas que minan la salud física y moral de las personas, especialmente de los adolescentes? En todas estas difíciles cuestiones, capitales para la humanidad de hoy, el cuerpo médico tiene un papel decisivo por su competencia, su eficacia y por la confianza que inspira. Los médicos católicos deben, ciertamente, aportar respuestas valientes y originales. El Padre Santo tiene la firme esperanza de que las jornadas de Barcelona contribuirán a ello, gracias al amor hacia quienes sufren y a la fe que anima a los participantes.

La fe, en sí misma, no aporta soluciones concretas, pero ilumina de manera singular el problema de la dignidad del enfermo y suscita un dinamismo nuevo. Ella recuerda una jerarquía de valores que el mundo actual, en su carrera hacia el progreso técnico, corre el riesgo de olvidar. ¿Hay que evocar con una palabra esta visión cristiana, fundada en la palabra de Dios?

En primer lugar, en la creación todo converge hacia el hombre, hecho a imagen y semejanza de Dios. Por ningún motivo humano el hombre se convertirá en un simple medio; su realización terrena no es tampoco el criterio decisivo, porque él está fundamentalmente orientado hacia Dios, que constituye su felicidad y su fin.

Por lo que a la vida humana se refiere, ésta no es ciertamente unívoca; más bien se podría decir que es un haz de vidas. No se pueden reducir, sin mutilarlas gravemente, las zonas de su ser, que, en su estrecha dependencia e interacción, están ordenadas las unas a las otras: zona corporal, zona afectiva, zona mental, y ese trasfondo del alma donde la vida divina, recibida por

la gracia, puede desplegarse mediante los dones del Espíritu Santo.

El hombre que cuidan los médicos, ese «dios en pequeño», como se ha podido decir, lleva en sí este destino sobrenatural y posee ya la dignidad inalienable de participar en la vida de Dios por la fe, la esperanza y la caridad, aun cuando su cuerpo esté desfalleciendo, aun cuando su afectividad se halle trastornada y su razón impedida, aun cuando se sienta afectado por la angustia de la muerte: la salvación ofrecida al «buen ladrón» del Evangelio está siempre a su alcance.

En fin, si bien todos los hombres tienen esta dignidad, el amor de Dios se ha manifestado de manera particular hacia los «pobres», los pequeños, los desvalidos; a los que habría que añadir al niño, incluso mientras se encuentra dentro del seno materno, a los minusválidos, al enfermo, al moribundo. Todo esto indica el respeto que ellos merecen, el valor de su vida, de su conciencia, de sus esperanzas. Ahora bien, los médicos son los protectores natos de todos ellos, a quienes el Señor ama con predilección; son como sus embajadores ante ellos, para llevarles todos los socorros que Dios ha puesto a disposición de sus creaturas. En un momento en el que los médicos afrontan tantos problemas difíciles, el Padre Santo quiere darles ánimos y recordarles la nobleza de su profesión.

Para terminar, séanos permitido añadir un deseo: este magnífico testimonio, esta dedicación total del médico, no deberían quedarse en lo individual, tratándose de personas agrupadas en una Federación internacional de las Asociaciones médicas católicas.

Vosotros sabéis bien cuántos problemas de la salud, como tantos otros, han pasado a tener un alcance universal y son objeto de estudios o de resoluciones por parte de los Organismos internacionales y también de las Organizaciones mundiales, como la Organización mundial de la Salud. Algunas iniciativas de la más alta envergadura, como el Año de la Población, les prestan también su atención. Efectivamente, es cosa normal recurrir al esfuerzo solidario de la humanidad. ¿Cómo no desear que la Federación, que representa al conjunto de los médicos católicos, tenga en los Organismos mundiales el puesto que podría ocupar? ¿No es un campo escogido, donde toda una categoría de seglares cristianos, que desempeñan un papel privilegiado está llamada a aportar su testimonio y colaboración específicos?

Esto manifiesta la confianza que la Santa Sede deposita en vuestra Asociación. Ojalá que los trabajos del Congreso de Barcelona logren corroborar la generosidad y la esperanza de los médicos católicos, a los que Su Santidad envía de corazón su bendición apostólica.

Sintiéndome muy honrado de transmitir este mensaje, ruegole aceptar, señor Presidente, las seguridades de mi más sincera estima en el Señor.

Cardenal JEAN VILLOT

TEMAS SOBRE PASTORAL DE ENFERMOS, PUBLICADOS EN LABOR HOSPITALARIA DE 1969 A 1974

Hace seis años los hermanos de san Juan de Dios convirtieron la revista *LABOR HOSPITALARIA*, de órgano informativo que era para sus propios religiosos, en un órgano para un servicio más amplio y exterior y con una finalidad definida: Revista sobre organización y pastoral de hospitales.

Al comienzo de este tiempo creemos que inició y ahora está cumpliendo un servicio muy importante y valorativo en el campo de la pastoral sanitaria, tema éste bastante descuidado, pero sobre el que, de unos años a esta parte, se viene reflexionando con seriedad y con gran empeño. Esta fue la mentalidad que movió a quienes decidieron hace seis años la actual orientación.

La revista consta de dos partes bien definidas: criterios sobre organización de hospitales y la pastoral en los mismos.

Repasando lo que en estos años se ha reflexionado y publicado en la misma en el aspecto PASTORAL, hemos juzgado útil ofrecer el enunciado de los temas y el número de la revista en que vienen publicados. Con ello deseamos hacer un servicio selectivo para quienes tienen en sus manos la revista y, al mismo tiempo, agruparles suficiente material que les permita un estudio sereno y abundante sobre muchos de los aspectos que en este campo se están reflexionando actualmente.

I. SOBRE TEOLOGÍA Y PASTORAL HOSPITALARIA

A) TEOLOGÍA:

- Reflexiones para una teología de la enfermedad, n.º 130.
- Teología de la enfermedad-Aportes antropológicos, n.º 131.
- Teología de la enfermedad, n.º 135.

B) PASTORAL:

- Introducción a una pastoral de enfermos, n.º 130.
- Bases fundamentales del ministerio pastoral con enfermos, n.º 131.
- Pastoral en el hospital, n.º 132.
- El Servicio Religioso en el hospital Psiquiátrico, n.º 132.

- Resultado de una encuesta, n.º 134.
- Pastoral hospitalaria, n.º 135.
- Proyecto de Planificación pastoral en el hospital, n.º 142.
- La pastoral en los centros sanitarios, n.º 144.
- Inquietudes pastorales hospitalarias, n.º 145.
- Pastoral de ambientes sanitarios, n.º 146.
- Pastoral en el mundo de los enfermos, n.º 152.
- Proyecto de Planificación pastoral para el Sanatorio Psiquiátrico. San Baudilio, n.º 154.

II. SOBRE EL CAPELLÁN Y AGENTES DE LA PASTORAL

- El personal sanitario y su colaboración en la pastoral hospitalaria, n.º 132.
- Reunión de capellanes de hospital, n.º 133.
- El capellán del hospital comprometido en la pastoral hospitalaria, n.º 134.
- La religiosa enfermera y la pastoral hospitalaria, n.º 134.
- Jornadas de reflexión, n.º 140.
- Mensaje cristiano en el ámbito hospitalario contemporáneo, n.º 153.

III. LOS SACRAMENTOS EN LA PASTORAL SANITARIA

- Liturgia y ministerio de enfermos, n.º 137.
- El sacramento de la UNCIÓN de los enfermos, n.º 143 al 151.
- La pastoral de sacramentos de los enfermos, n.º 153 y 154.

IV. ASPECTOS ESPIRITUALES DEL HOMBRE ENFERMO

- Los enfermos en la antigüedad cristiana, n.º 131.
- Testimonio del enfermo ante el mundo y la Iglesia, n.º 132.
- Espiritualidad del hombre enfermo, n.º 135.
- La enfermedad iluminada por la Palabra, n.º 142.
- Compromiso cristiano frente al enfermo, n.º 144.
- La enfermedad vista por el enfermo, n.º 145.
- El dolor prenda de resurrección y de vida, n.º 148.
- Plegarias — Inauguración hospital Barcelona, n.º 148.
- Postulados ontológicos en la dinámica asistencial hospitalaria, n.º 150.
- La enfermedad prueba para la fe, n.º 151 al 155.

V. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y HUMANOS EN EL CAMPO SANITARIO

A) PSICOLÓGICOS:

- Algunas implicaciones psicológicas del enfermar, n.º 130.
- Psicologización del hospital, n.º 132.
- Aspectos psicológicos del hombre enfermo, n.º 135.
- Preparación del niño para la hospitalización y la intervención quirúrgica, n.º 146.

B) HUMANOS:

- Humanización del hospital, n.º 143 y 146.
- Consecuencias personales, familiares y sociales de la hospitalización, n.º 147.
- Relación paciente-enfermera, enfermera-paciente, n.º 149.
- Conocer al enfermo, n.º 150.
- Problemática humana del hombre enfermo, n.º 151.

VI. LOS INSTITUTOS RELIGIOSOS DE ACCIÓN HOSPITALARIA

- Lugar y porvenir de la Institución hospitalaria cristiana en la comunidad urbana, n.º 133.
- Exigencias del hospital católico, n.º 135.
- Presencia de la religiosa en el hospital (sentido, preparación, contratos, inserción), n.º 140.
- Reflexión sobre la vida religiosa, n.º 147.
- Cara y cruz de las religiosas en el hospital (mesa redonda con exposición y diálogo), n.º 151.
- Acción hospitalaria de la doctrina social de la Iglesia, n.º 157.
- El porqué y para qué de los Institutos religiosos de acción hospitalaria, n.º 152.

I SEMINARIO DE BIBLIOTECAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DEL PACIENTE

Ha tenido lugar en Barcelona el I Seminario de Bibliotecas de Hospitales, organizado por el doctor Parellada, director de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet; el doctor Aragón, vicepresidente de la Asociación para el desarrollo hospitalario de la V Región; y la bibliotecaria de la Clínica Mental, señora Rosa Molleví; con el apoyo de la Escuela de Bibliotecarias de la Excm. Diputación de Barcelona.

El interés del Seminario se centró en la conveniencia de tener en los hospitales —principalmente en los de media y larga duración— biblioteca para enfermos.

Un campo muy amplio para las bibliotecas hospitalarias para enfermos está en el hospital psiquiátrico, tema que se abordó con especial interés, en donde un libro bien elegido y dado en el momento oportuno puede tener un gran valor terapéutico.

El Seminario pretendió llegar a los hospitales de todo tipo de la V Región y a los Psiquiátricos de toda España.

Abrió el Seminario el doctor Parellada, definiendo lo que es la biblioteca para enfermos hospitalizados.

El doctor Parellada empezó hablando del hospital como servicio a la comunidad cuyos principales objetivos consisten en «curar la enfermedad», ayudar a la persona enferma y contribuir a la salud global de la población. Por ello se ha de curar la enfermedad enfocándola como temporada de «negros nubarrones», pero también y con especial cuidado la personalidad del enfermo que es lo que permanece. Los días en el hospital se hacen largos y se plantea el problema del ocio. El libro aparece entonces como remedio ideal para buena parte de él (sin olvidar por ello la música).

Pero el libro leído aisladamente pierde eficacia en el caso del hospital psiquiátrico. Por el contrario en la biblioteca se desarrollan los contactos interpersonales y la vida grupal.

Partiendo de la base de que un libro, cuanto más leído es, más útil es, se propone en contacto entre bibliotecas a efectos de intercambios de libros.

A continuación el equipo de la clínica mental leyó el resultado de la encuesta enviada a los hospitales de la V Región y a los psiquiátricos de toda España.

En líneas generales se aprecia que, si bien existen en los hospitales bibliotecas médicas pues se tiene conciencia de su importancia, no ocurre lo mismo con la biblioteca para enfermos, para la que tampoco existen el personal ni los medios adecuados.

La señora Molleví leyó la comunicación de Mme. J. Peillon, de la Asociación de Bibliotecarios de Hospitales de Francia, sobre la situación de las bibliotecas de hospitales del vecino país.

También la señora Guilleumas, directora de la Escuela de Bibliotecarias de la Excm. Diputación de Cataluña y doña Teresa Boada, Jefe de Información de la Biblioteca de Cataluña, prestaron su colaboración en sus opiniones sobre la función de la biblioteca y las bibliotecarias, en su charla sobre las bibliotecas de Cataluña, y en el ofrecimiento de organizar un cursillo de normas básicas para los que trabajan en el campo de las bibliotecas de hospitales.

La jornada del último día se celebró en la clínica mental. Abrió el acto la señora Rosa Molleví hablando de la especial función de la biblioteca en el hospital psiquiátrico, que lleva consigo un enfoque muy diferente del que podía tener, por ejemplo, las de hospitales infantiles o geriátricos, tema que abordó el hermano Francisco Sola, coordinador de los hospitales de la provincia de Aragón de la Orden hospitalaria de san Juan de Dios.

El hermano Sola puso el dedo en la llaga al hablar de la formación permanente. La formación permanente es lo que salva al hombre de la superespecialización y le da apertura para aceptar todo lo que beneficia a la personalidad del hombre. Sin esta apertura previa será inútil hablar de bibliotecas para enfermos porque no llegará a sentirse la necesidad. El hermano Sola habló también de la organización de las bibliotecas hospitalarias para enfermos de la Cruz Roja de Bélgica.

Tras una mesa redonda en la que se dieron las conclusiones se clausuró el acto.

CONCLUSIONES

— La biblioteca del hospital es el lazo de unión entre el paciente y la sociedad.

— La biblioteca del hospital en el caso del hospital psi-

quiátrico, creando un clima de salud mental, es nexo de unión entre las distintas secciones del hospital.

— También en el caso de la biblioteca del hospital psiquiátrico influye ésta en la terapia ocupacional, en la socioterapia, en la formación y es recreativa y preventiva de la desadaptación. En cualquier caso influye en la formación y distracción del paciente.

— Junto al libro, hay que contar también con los medios audiovisuales: diapositivas, cassettes...

— Se propone pues, la creación de una federación de bibliotecas al servicio del paciente hospitalario. Como consecuencia se cree conveniente redactar unas normas para estas bibliotecas que serviría de pauta para su organización. El hospital al tener una biblioteca poseería un nuevo elemento de acreditación.

— Transmitir a la Asociación para el desarrollo hospitalario de Barcelona, el deseo de organizar la sección de bibliotecas de hospitales.

— La Escuela de Bibliotecarias de la Diputación de Barcelona organizará cursillos, conferencias, etc., para contribuir a la formación de los encargados de las bibliotecas para enfermos hospitalizados.

— Se distribuyó entre los asistentes una encuesta sobre bibliografía básica, sobre cuyos resultados se facilitará una lista de libros recomendables, que deban existir en la biblioteca para el paciente por ser especialmente beneficioso para él.

M.^a JOSÉ RAMIS
Bibliotecaria del Hospital San Juan de Dios

JORNADA DE TRABAJO DE LOS ASISTENTES SOCIALES DE LA ZONA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SAN BAUDILIO

El Servicio de Trabajo Social del sanatorio psiquiátrico de Nuestra Señora de Montserrat organizó una sesión de trabajo a la que fueron invitados todos los asistentes sociales que trabajan en el sector que corresponde a los sanatorios masculino y femenino de San Baudilio de Llobregat.

También fueron invitados los asistentes sociales que trabajan en empresas próximas al sector con un número importante de trabajadores que habitan en él, así como los asistentes sociales de Cáritas y Gobierno Civil por su relación con los problemas asistenciales de toda la provincia.

Asistieron a la reunión treinta asistentes sociales que ejercen en diferentes instituciones o barrios de: Hospitalet de Llobregat, Esplugas de Llobregat, San Baudilio, Cornellá, Manresa, Martorell, Puigreg, Sabadell, Viladecans y Barcelona. Al convocar esta reunión de asistentes sociales el objetivo principal, fue dar a conocer las funciones de los sanatorios como hospitales de sector así como su actuación extrasanatorial en forma de dispensarios psiquiátricos, teniendo todo ello como meta la profilaxis de las enfermedades mentales.

Por la mañana en el sanatorio femenino, el doctor Aranz, director del mismo, la doctora López y el doctor Sanz, jefes clínicos y los doctores Ferrer y Planas, director adjunto y subdirector respectivamente del sanatorio masculino, dieron una visión de la asistencia actual en ambos sanatorios y su proyección hacia el futuro en una charla coloquio de una hora y media de duración.

Se comentó que en cualquiera de las etapas asistenciales es necesaria la colaboración del asistente social por la

aportación de datos sobre la vida y circunstancias que han rodeado al enfermo, así como las que encontrará al ser dado de alta, datos que pueden condicionar su salida acelerándola o demorándola. Esto en cuanto se refiere a los asistentes sociales que trabajan dentro del sector.

También en las campañas de higiene mental la participación de los asistentes sociales es indispensable por su conocimiento de las zonas en que trabajan y para ayudar a orientar la organización de las mismas de forma que respondan a las necesidades reales de la población.

Por la tarde, reunidos en el sanatorio masculino se discutió sobre las cuestiones de coordinación de trabajo y se acordaron varias acciones conjuntas referente a problemas de la asistencia psiquiátrica y de la asistencia a subnormales.

Ante los resultados positivos de esta jornada de trabajo y convivencia, se creyó conveniente organizar nuevos encuentros con una periodicidad de una o dos veces al año.

JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA

Se han celebrado las Jornadas nacionales de enfermería, en Barcelona, los días 16 y 17 de noviembre. Los actos principales se desarrollaron en el Palacio de Congresos de la Feria de Muestras.

El día 16 fue la apertura y seguidamente se dictaron las primeras ponencias que versaron sobre Visión universal de la enfermería. Enfermería de base. Enfermería superior. Situación profesional de la enfermera.

El día 17, domingo, se desarrollaron las ponencias Técnica y humanización en la enfermería y la Enfermera en la salud pública.

En ambos días se tuvieron también sesiones especiales en las que se trataron los siguientes temas:

- Enfermería de Empresa
- Investigación en Enfermería
- Psiquiatría y Salud mental
- Formación continuada
- Derechos de la persona enferma
- La enfermera de cuidados intensivos.
- Laboratorio
- Enseñanza de la Enfermería
- Fisioterapia
- Organización de la Enfermería Hospitalaria
- Legislación
- Derecho a la vida.

CONVERSACIÓN CON EL PRESIDENTE DEL CONSEJO NACIONAL DE ATS, DON ENRIQUE RIUDAVETS

Los ayudantes técnicos sanitarios —los vulgarmente conocidos por ATS, aunque estas siglas no les agradan— tienen problemas, problemas profundos y que afectan a esta nobilísima profesión tan importante para la salud humana, en especial para el mundo del trabajo. Ellos, trabajadores también, se sienten peor tratados que otros muchos profesionales. Para conocer cuánto hay de ello, y muchas cosas más, nos hemos puesto al habla con el presidente del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, don Enrique Riudavets de Montes.

—¿Qué diferencia hay entre practicante y ayudante técnico sanitario?

—Verá. Los practicantes, matronas y enfermeras son actividades que, a partir de la creación, por Ley de mil novecientos cincuenta y tres, de la carrera de ayudantes técnicos sanitarios son actividades a extinguir, aunque practicantes somos todos.

—Y el Consejo, ¿cuándo nació?

—El cuatro de diciembre de mil novecientos cincuenta y tres, por consecuencia de la reforma de la carrera, como le dije antes.

Don Enrique tiene múltiples actividades, entre las que destacamos el pertenecer a la Beneficencia municipal. Está casado y tiene tres hijos, el más pequeño de los cuales, con veintisiete años, ejerce de abogado. El es presidente, desde 1961, por elección, en la que sacó el 97 por 100 de votos a su favor, para su mandato de seis años.

—¿Qué problemas tiene la profesión?

—Bueno, problemas los hay en todas las profesiones, pero en la nuestra hay dos fundamentales. Primero, el coeficiente de sueldos, que es tan sólo de uno coma nueve por ciento, lo cual nos deja por bajo del salario mínimo interprofesional.

—¿Qué sueldo cobra un ayudante técnico sanitario al salir de la escuela?

—Cinco mil setecientas pesetas mensuales.

—¿Y el segundo problema?

—La reforma de la carrera. Se debe exigir, para el ingreso, el bachiller superior y, desde luego, el COU. Además se debía cambiar el nombre de la carrera.

—¿Cómo cree usted que se debía llamar?

—Usted sabe que con la nueva Ley General de Educación, en las carreras hay tres niveles académicos, que son de menor a mayor: graduado, licenciado y doctor. En Medicina tenemos el licenciado y el doctor; es evidente, por tanto, que nos falta el graduado. Este es el nuevo título que debe llevar la carrera: graduado en Medicina.

—¿Cree que se conseguirá?

—Esperemos que sí. Además, y esto es muy importante, en la nueva estructuración de la carrera se debe exigir mucha Medicina de urgencia. Los nuevos profesionales deben estar preparados para atender a un enfermo en óptimas condiciones mientras llega el médico.

—¿Usted no cree que, a lo peor, los que tienen interés en que ustedes no mejoren son los médicos o algunos de ellos?

—Mire: yo le dije a un director general del ramo que los mejores amigos particulares que tenemos son los médicos, pero que los mayores enemigos de la colectividad de practicantes son los médicos.

—¿Qué se les exige para obtener un título?

—El bachiller, el ingreso en la escuela —que existe en todas las Facultades de Medicina— y estudiar con aprovechamiento. Luego, para ingreso en plantilla en hospitales o centros sanitarios, se les hacen unas oposiciones. Por cierto, hay una cosa curiosa: la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios es la única en que están separados hombres y mujeres.

—Y esta discriminación en nuestros días, ¿por qué?

—Porque existe una ley de la época de Primo de Rivera que está en vigor que así lo ordena.

—¿Cuántas escuelas hay en España?

—Veintitrés masculinas y ciento veinticuatro femeninas.

—¿Por qué hay más de mujeres que de hombres?

—Porque hay más demanda. Las mujeres abandonan mucho la carrera porque se casan, porque lo que ganan no es atractivo; por muchas cosas. Además se debía exigir en los hospitales y centros sanitarios guarderías para que las mujeres casadas pudieran dejar sus hijos y no como pasa ahora, que en cuanto tienen el primer hijo se dan de baja, generalmente para siempre.

—¿Es usted partidario de la creación de un Ministerio de Sanidad?

—¡Totalmente! Se debía crear un Ministerio de Sanidad y Obras Sociales que integrara totalmente a todos los servicios sanitarios del país. Esto redundaría en beneficio del enfermo, de la salud nacional y de la economía. Pero también le diré que es muy difícil que se consiga, al menos por ahora.

—¿Cuántos colegios hay en España?

—Cincuenta y dos, uno por provincia. Aquí está el Consejo Nacional en este edificio, que es propio como muchos que existen en España, donde están ubicados. Además nosotros tenemos nuestra propia Seguridad Social, toda clase de ayudas, asesoramiento, etc.

—¿Y profesionales masculinos y femeninos en Madrid y en España?

—Masculinos hay en Madrid unos cinco mil, y en España, treinta mil. Y femeninos, unos cuatro mil en Madrid, y algo más de veinticinco mil, en toda España.

—Dígame figuras célebres que hayan sido practicantes.

—Bueno, usted sabe que Ambrosio Pareo, el padre de la cirugía, que era hijo de barbero, fue el primer practicante que llevó este título por decisión de Isabel segunda. Luego, célebres, el general Blanco Novo, don Santiago Ramón y Cajal, nuestro premio Nobel; el ex ministro Villar Palasí, que ejerció en un hospital de Valencia... Muchos.

—¿Cuándo celebran su fiesta?

—El día de san Juan de Dios, nuestro Patrono, el día ocho de marzo. A propósito de esto quiero darle una noticia. Queremos celebrar por primera vez el homenaje a la mujer sanitaria. Habrá un concurso literario, tres premios en metálico, la elección de una figura señera, una comida de gala, etc. Será el año próximo, pero aún no tenemos determinada la fecha, ya que queremos reunir a la mayor parte de colegiados de toda España.

—Usted, que tiene muchos años de experiencia profesional, habrá vivido momentos importantes. Cuénteme alguna anécdota.

Sonríe, piensa, duda. Por fin contesta:

—¡Hombre, hay muchas! Me coge usted así, de sorpresa... Pero le voy a contar una a propósito del nombre de practicantes. Siendo ministro de la Gobernación don Camilo Alonso Vega fue a visitarle una comisión de profesionales. Y estando la comisión en la antesala pasó el ayudante a anunciarle la visita. Y dijo: «Mi general, aquí están los practicantes.» Y don Camilo contestó: «¿Practicantes? ¿De qué?»

F. DE CASTRO
«Pueblo», 27 de agosto de 1974. Madrid

PRIMERA ASAMBLEA DE PODÓLOGOS EN MURCIA

Solicitada y programada por el delegado provincial de podología, don Rosendo Tárraga Martínez, con la cola-

boración y asesoramiento de la Junta de Gobierno del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Murcia, tuvo lugar en esta capital la Primera Asamblea Provincial de Podólogos, celebrándose en el salón de conferencias del Club Náutico «La concha», de los Alcázares, pintoresca localidad ribereña del Mar Menor, cuya bella circunstancia aprovecharon también los asambleístas y cuantos familiares les acompañaban.

El acto estuvo presidido por don Juan Antonio Olmo Orenes, presidente del Colegio murciano, asistido por el comité organizador, constituido por el secretario de la entidad, don Lázaro Sánchez Fernández; el tesorero, don Antonio Puerta Valera, y el mencionado delegado de podología, señor Tárraga.

Entre los diversos temas que se pusieron sobre la mesa son dignos de destacarse el de la prestación de servicios en la Seguridad Social y la aprobación de una tarifa de honorarios, cuya conformidad había sido previamente solicitada del Consejo Nacional.

Finalizada la Asamblea, que indiscutiblemente resultó provechosa, se sirvió en el comedor del mismo Club el típico «caldero marmenoreño», en medio de un simpático ambiente de cordialidad y camaradería, al cual se sumaron un nutrido grupo de compañeros no pertenecientes a la especialidad.

ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

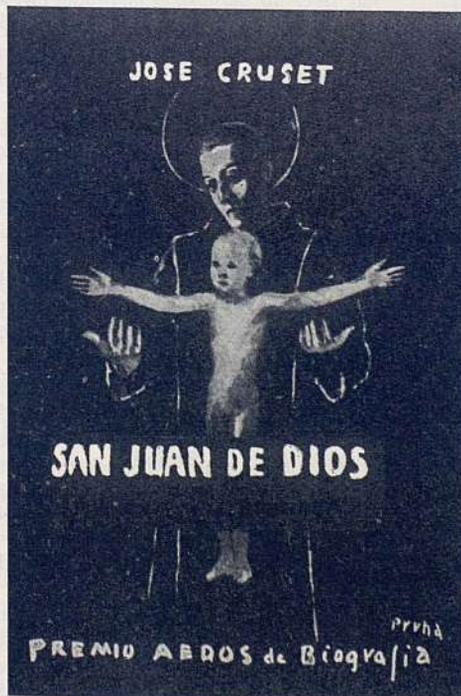
Autorizada por Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 13 de julio de 1974 la creación de la especialidad de «Psiquiatría» para Ayudantes Técnicos Sanitarios en el Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat como ampliación a la Escuela Masculina de Ayudantes Técnicos Sanitarios que la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios tiene en Barcelona, el Reglamento correspondiente se publica en el *Boletín Oficial del Estado* del 31 de agosto siguiente (núm. 209).

APROBACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE VOLUNTARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

Por decreto firmado por el cardenal Jubany, arzobispo de Barcelona, ha quedado aprobada la Asociación de Voluntarios de san Juan de Dios.

Acaba de celebrarse la primera Asamblea general tenida después de este acontecimiento, en la que han sido elegidos los miembros directivos de los Voluntarios de san Juan de Dios.

En una de las próximas ediciones publicaremos los Estatutos por los que se rigen los Voluntarios, para que sean también conocidos por los lectores de LABOR HOSPITALARIA.



José Cruset

San Juan de Dios una aventura iluminada

Moderna biografía del Patrono de hospitales, enfermos y enfermeros de ambos sexos, de todo el mundo, galardonada con el Premio Aedos de biografía castellana, y vertida hoy a varios idiomas extranjeros. Joya de la literatura y de la historia, por su lirismo y por la crítica de los datos que utiliza en su redacción.

Precio del ejemplar: 300 pesetas

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA

Curia provincial hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, s/n. - Barcelona 17

CULLMANN, O.

DEL EVANGELIO A LA FORMACIÓN DE LA TEOLOGÍA CRISTIANA

Ediciones Sígueme, Salamanca, 1972,
285 páginas.

Es una obra que intenta esclarecer una de las grandes preguntas del cristianismo: su misma esencia; ¿qué es el cristianismo?, ¿es original?, ¿depende de otras religiones? Son preguntas que se hacen muchos investigadores, historiadores y científicos.

Cullmann reflexiona sobre la originalidad y ruptura del mundo religioso anterior y circundante a Jesús; nos enseña que, a pesar de usar formas contemporáneas del tiempo, los primeros cristianos y los hagiógrafos tienen conciencia de la gran novedad cristiana.

Es una obra de fácil lectura (sobre todo algunos capítulos) y que ayuda a comprender la formación de los escritos evangélicos y su desarrollo teológico posterior.

FIGUERAS

SUDBRACK, JOSEF

PROGNOSIS DE UNA FUTURA ESPIRITUALIDAD

Ed. Studium, Madrid 1972, 144 págs.

El autor, hombre experimentado por su actividad en la Cátedra de Teología Espiritual de Innsbruck, muestra un notable equilibrio entre las dos corrientes espirituales en que se ha movido la historia: la contemplación y la acción.

Después de fijarse en las características más salientes de nuestra era y poner al hombre por centro de su estudio desarrolla con profusión de doctrina la Acción y la Contemplación mostrando cómo ambas son, en el fondo, una misma cosa cuando emanan de ese principio supremo que es el Amor.

Finalmente, da unas orientaciones para la espiritualidad futura que ha de ser buscada —dice— con discernimiento del Espíritu y vivida en la pluralidad.

Es interesante para sacerdotes, formadores y dirigentes de obras apostólicas.

M. C.

JACOBO HEVIA LOSA

DE COLORES

Studium Ediciones 1973.

Un libro en el que se hace una descripción de la vida espiritual en una forma muy amena. Presenta la vivencia

actualizada de la gracia a través de las circunstancias normales de la vida.

El autor fue Director Espiritual de «Cursillos de Cristiandad»; conoce perfectamente que este movimiento apostólico está regido principalmente por seglares y para seglares.

El fin principal de esta obra es hacer una conciencia viva y activa de la suma importancia de vivir e irradiar la Gracia Divina según las normas renovadoras del Concilio Vaticano II.

SEVERO GAMA

HENRI BOUCHETTE

EL ANTIGUO DIACONADO EN LA IGLESIA QUE SE RENEVA

Ediciones Studium 1973.

El autor se plantea el problema de la restauración del diaconado como ministerio. En efecto, la Iglesia cotiza muy alto el servicio diaconal, que es, en todo rigor, un «servicio sagrado».

El autor sitúa muy bien las funciones sacramentales y las funciones pastorales «que son como las dos facetas del ministerio episcopal: La faceta pastoral y la faceta sacramental. Porque sin lo pastoral lo sacramental tendría poco efecto».

SEVERO GAMA

PIKAZA, JAVIER

LAS DIMENSIONES DE DIOS

Ed. Sígueme, Salamanca 1973.

Dios es fiesta, es la conclusión a la que llega el autor, después de un análisis acerca de su identidad, haciendo en primer lugar un planteamiento de la problemática actual en torno al tema. Parece que hoy el hombre anda sólo. ¿Es que Dios se oculta? ¿O es el hombre quien lo rechaza? De las esperanzas, de las búsquedas, de los fracasos, de sus esfuerzos por conocer a Dios es de lo que trata en esta primera parte.

Examina después el contenido del Dios de Israel, que se manifiesta como el Dios de la promesa, el del éxodo, el de la alianza, pero que tiene al mismo tiempo otra vertiente, que hace que el pueblo elegido pase por la crisis, y que se exprese significativamente en la persona de Job y en la postura del hombre escéptico del Eclesiastés, el Qohelet.

A pesar de todo la experiencia religiosa de Israel va dirigida hacia Cristo, hacia la verdadera comprensión del Dios Trino. En su desglose de las tres manifestaciones del mismo Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo nos presenta una nueva

y auténtica visión de la Trinidad, viva, personal, desligada de toda terminología clásica.

PILES

RATZINGER, JOSEPH

FE Y FUTURO

Ed. Sígueme, Salamanca, 1973.

El libro recoge cinco charlas radiofónicas.

Nos presenta una panorámica actualizada de la conexión existente entre fe y ciencia, existencia, filosofía, etc.

Fe que ha de ser liberadora, entregada, que sea capaz de poner de relieve la verdadera vocación del hombre, abierto al ser y fundamento de todas las cosas, que ha de ser vivida con espíritu de confianza, cuyos prototipos en la Escritura son Abraham y Cristo.

Fe basada en la promesa de un futuro, que acepta el avance de la ciencia sin desintegrarse, que no aparta a los hombres de la construcción del mundo, sino que quiere que busquemos el bienestar de los demás.

Fe que nos lleva a vivir en una Iglesia sencilla, sin privilegios, pequeña, pero interiorizada.

Creo que es un trabajo que a cuantos lo lean les ayudará a madurar su fe.

PILES

H. PILES

HORTS WEISS

¿VINO NUEVO EN ODRÉS VIEJOS?

Studium Ediciones. Madrid 13, 1973.

El autor trata el «actual tema de la renovación». ¿Qué valor y vigencia tienen las estructuras ya establecidas y las nuevas formas de apertura hacia una adecuada renovación?

Los jóvenes desean que se cambie a toda costa y se introduzcan las nuevas ideas que fermentan la vida activa, presumiendo que deben ser válidas para todo. Los mayores, por su parte, sienten un aprecio hacia ciertos valores que son conocidos por quienes han vivido en condiciones de disciplina y sacrificio.

Se debe ser «abierto» en el sentido que estamos conformes y dispuestos a realizar el encuentro e intercambio humano. El amor cristiano, incluido el amor contemplativo, parte de una constatación fundamental: «Quienes no se hallen en grado de mantener relaciones con otros en un sólido encuentro humano se verán obstaculizados también en sus relaciones con Dios».

SEVERO GAMA

LAURENT, SAINT

PUEDO QUERER

Ed. Studium, Madrid 1973, 102 páginas, 4.ª edición.

Condensa este librito en pocas páginas materias tan interesantes como son el dominio de sí, la timidez y el escrúpulo. Antes de cada tema indica las características propias para dar después magnífica orientación enumerando una serie de consejos comprensibles y realizables por cualquier tipo de personas.

Su lectura puede ayudar mucho, especialmente, a los adolescentes y a los jóvenes.

M. C.

WALTER TROBISCH

YO ME CASÉ CONTIGO

Ed. Sígueme. Salamanca 1973.

El autor es el mismo de «Yo quise a una chica»; allí decíamos que era una historia de amor; amor puro, limpio, creador.

En «Yo me casé contigo» el mismo autor lleva el amor a una aventura, a una entrega, a una vitalidad y permanencia, a una felicidad: «me siento feliz de haberme casado contigo..., — y yo también»; así termina un diálogo que discurre a lo largo de 179 bellas páginas.

JOSÉ L. REDRADO

HÄRING, BERNHARD

REBOSAD DE ESPERANZA

Ediciones Sígueme, Salamanca 1973, 197 páginas (Pedal 9).

En todas las épocas el hombre ha experimentado la necesidad de vivir lleno de esperanza y hoy, en el mundo tecnificado, mucho más. Así el Profesor Häring, en su libro nos plasma con realidad y previa reflexión, «los gozos y las esperanzas, las tribulaciones y las angustias de los hombres de nuestro tiempo». (G. S.).

Toda la vida teologal del cristiano está enlazada por la gran virtud de la esperanza que se manifiesta como sacramento, signo visible, entre los hombres de buena voluntad.

Todo el libro aparece con una visión de compromiso cristiano en el mundo, manteniendo sus ideales en la gran esperanza de nuestro Señor Jesucristo. Por otra parte, anima las situaciones de la vida cristiana alentada por la fe, el amor y las virtudes escatológicas.

JOSÉ SARRIÓ ALARCÓN, O. H.

WEDGE, FLORENCE

INTENTA SER ALEGRE

Studium, Madrid 1973, 65 págs. 3.ª edición.

Muchas personas desearían hacer algo positivo por un mundo mejor y se debaten en el terreno de las ideas, no sin

desaliento las más de las veces. Sin embargo, están a su alcance otros medios, que descuidan, y que son muy eficaces para suavizar y vigorizar las múltiples cruces ajenas. Uno de estos medios es la alegría. Florence Wedge estudia sus ventajas desde el aspecto físico, espiritual y social condensando toda su doctrina en trece «píldoras en forma de proverbio» muy prácticas.

Libro pequeño, ameno y de fácil lectura, muy recomendable a todo tipo de personas y muy especialmente a las de tendencia pesimista.

M. C.

EMILIO DEL RÍO

LA IDEA DE DIOS EN LA GENERACION DEL 98

Studium.

Los hombres de la Generación del 98 —como nos dice Muñoz Alonso en el prólogo a este libro— «fieles a la tierra, guardan lo eterno en sí mismos».

El hambre de Unamuno, la esperanza de Machado o la intuición de Ortega sobre la presencia de un ser superior en el mundo, nos llevan a descubrir que estos hombres, nacidos en la España rota de finales de siglo, llevan en su sangre y en sus plumas la inquietud de Dios; Dios les sorprende, les interesa, les preocupa. ¿Por qué no reconocerlo así?

Superficialmente los veremos extraños, extraños, pasivos y hasta incrédulos; pero, ¿quién no ve todo su proceso religioso en su contexto y en su ambiente? ¿Quién no descubre a Dios en esas nostalgias, «agonías», en ese confesarse «no católico» de Ganivet, o en el anticlericalismo de Baroja, o en el agnosticismo de Machado?

Para comprenderlo un poco mejor os invito a leer este libro: «la idea de Dios en la Generación del 98».

JOSÉ L. REDRADO

M. FLICK-Z. ALSZEGHY

EL HOMBRE BAJO EL SIGNO DEL PECADO (Teología del pecado original)

Ediciones Sígueme 1972.

Existe en el pensamiento teológico actual un vivo interés por el tema del pecado original y los nuevos planteamientos del mismo son motivo de fuertes controversias.

El presente libro, sin ánimo polémico, sino desde una seriedad científica, se sitúa en esta línea de reformulación, de búsqueda de nuevas expresiones para transmitir en categorías de nuestra cultura actual, lo que la fe nos dice sobre el pecado original.

Es un estudio exegético-histórico del dogma. Los autores, partiendo de la nueva exégesis de los capítulos 2 y 3 del Génesis y su interpretación en Rm 5, 12-21 hacen un recorrido por la tradición

eclesial sobre el enfoque que se ha dado históricamente en los Padres, Concilios, etc., no olvidando los modernos planteamientos.

Los autores, dada su competencia, abren nuevos caminos para una ulterior reflexión conectando nuestra situación desgraciada con el Cristo salvador, resaltando la vertiente personal, Cristológica y comunitaria que derivan de las narraciones bíblicas.

A. JUGUEROS

OLEGARIO GONZÁLEZ DE CARDENAL

CARTA A MI HERMANA CONCHA

Ediciones Sígueme. Salamanca 1973.

Con el ameno estilo epistolar, el autor concilia la acción y contemplación en la vida religiosa como expresión auténtica de la existencia humana. La unión con Dios es real, con una realidad más existencial, más sólida, más llena de ser y de certidumbre que cualquier otra experiencia del mundo.

La íntima unión con Dios es una unión de amor que no podría existir sin un conocimiento de la belleza, de la grandeza, de la verdad de Dios. ¿Cómo podría seducirme un Dios que no fuese al mismo tiempo manantial vivo de mi vida y que la colmará un día por toda la eternidad?

SEVERO GAMA

LAMBERT

HABLAN LOS JÓVENES...

Studium. Madrid 1973.

Padres e hijos puestos en el banquillo, pero no para acusarse mutuamente, sino para ser testigos de vida. La obra es como un examen de conciencia, como una revelación llena de espontaneidad: opiniones sinceras, desnudas, llenas de vitalidad; opiniones para entrar después en diálogo padres e hijos.

Cualquiera que lea «hablan los jóvenes» comprenderá mejor sin esquemas prefabricados, hasta dónde la esperanza puede convertirse en realidad.

Un libro para jóvenes; un libro para padres y educadores.

JOSÉ L. REDRADO

RAFAEL DE ANDRÉS

CARTAS BOCA ARRIBA

Studium Ediciones 1973.

Ante el sinnúmero de cambios que se realizan en el mundo actual, el autor trata de dar una respuesta sensata y positiva a los problemas que se le plantean.

La idea fundamental de toda la obra es el problema de la relación interpersonal con Dios y con el prójimo. El autor, en cada una de sus respuestas, equilibra la relación con Dios —arriba— y la relación el prójimo —adelante—. (Relación vertical = Dios; relación horizontal = Prójimo).

SEVERO GAMA

A TRAVES DE LAS REVISTAS

RES MEDICAE

(Fatebenefratelli. Via San Vittore, 12. Milan).

N.º 1. La formación personal de la conciencia. El capellán y la enseñanza religiosa en el hospital.

N.º 3. La Psiquiatría y el capellán.

N.º 4. Prospectiva de la teología en la asistencia al enfermo y moribundo. Psicología del enfermo.

IMAGENES DE LA FE

(PPC. Acebo 54. Madrid).

N.º 74. Bajo el título «Señor, tu amigo está enfermo», todo el número de la revista nos presenta una vida humana amenazada por el dolor, pero al mismo tiempo por la esperanza.

AUMÔNIERS D'HÔPITAUX

(106, rue du Bac. París).

N.º 64. Comulgar con el mundo de la salud. Responsables de la Iglesia en el hospital.

RELIGIEUSES D'ACTION HOSPITALIERE ET SOCIALE

(106, rue du Bac. París).

N.º 240. La liberación, reconciliación y salvación en Cristo. Aportes para una pastoral con enfermos cancerosos.

N.º 241. Las religiosas y el sindicalismo.

N.º 242. Problemas pastorales en la regulación de la natalidad. Pastoral de la salud.

PHASE

(Canuda 45-47, 1.º, 3.º. Barcelona).

N.º 74. Nuevo ritual para enfermos. Textos eucológicos del nuevo ritual. Bibliografía sobre Unción de enfermos.

CHRETIENS EN PSYCHIATRIE

(B. P. 226. 35011. Rennes).

N.º 52. Este número —«Vida religiosa del enfermo mental»— está dedicado a la segunda parte de los actos del Congreso Internacional de Strasbourg.

C.I.C.

(Bravo Murillo, 297. Madrid).

N.º 40-43. Pastoral con el enfermo canceroso. Servicio religioso en el hospital. El capellán de hospital mensajero de la esperanza. Nuestro ministerio en el hospital.

PRESENCES

(69, rue Danton. 91210 Draveil. París).

N.º 127. Mi vida en el hospital — Experiencia de un capellán. Los enfermos psiquiátricos vistos por sus enfermos.

ESTUDIOS SOBRE HOSPITALES

(Apartado 14.041. Barcelona).

N.º 63. Estatutos de la Asociación para el Desarrollo hospitalario. Cataluña en cifras.

N.º 64. Federación hospitalaria francesa. Hospital general de Cataluña. Cara y cruz sobre las religiosas en el hospital.

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

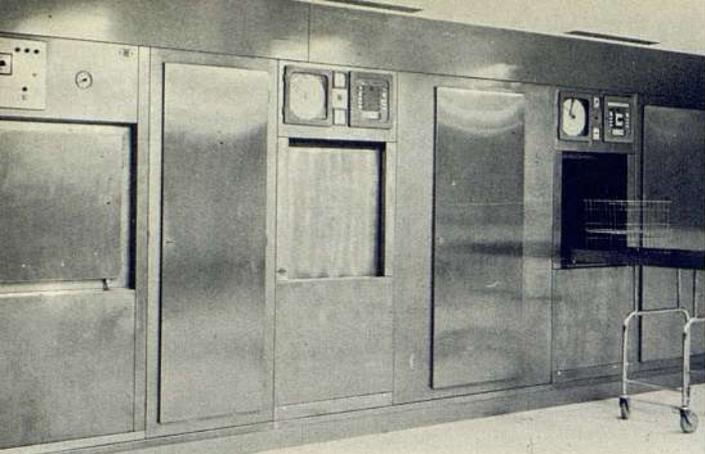
Completísima exposición de las marcas de
máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

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

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

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona



Central de esterilización

Central de lavado

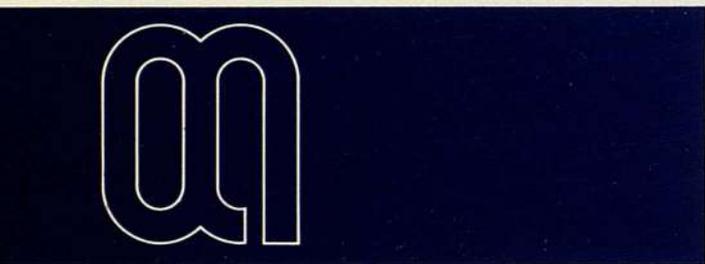


Instalaciones de:

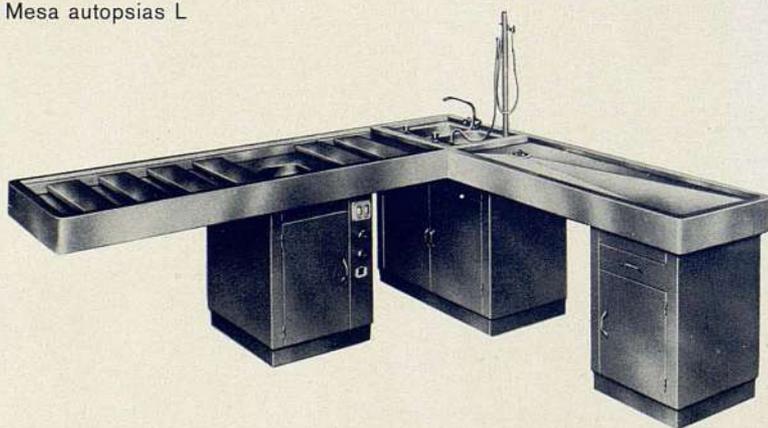
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
Esterilizado
Almacenaje de cuñas

Entrega de:

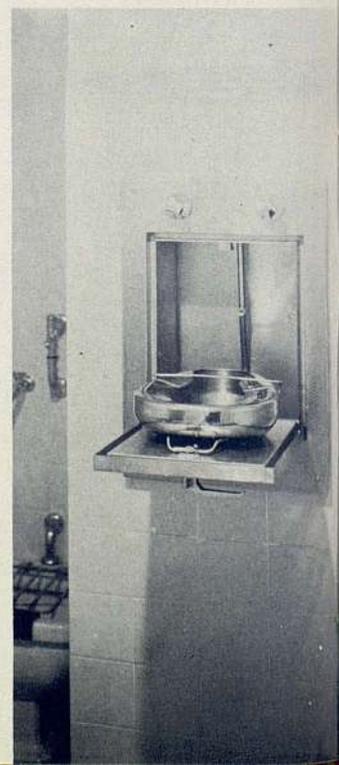
- Autoclaves automáticos
- Esterilizadores por aire caliente
- Lavadoras por ultrasonidos
- Carros herméticos, térmicos-portacomidas,
transporte ropa limpia-sucia
- Mesas de autopsias
- Lavabos medicale
- Ventanas guillotina



Mesa autopsias L



Lavador
de cuñas



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

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

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"



Caja Confederada

A SU SERVICIO EN:

CENTRAL:

Rivadeneira, 6 / Plaza de Cataluña (Tel. 207.12.08)
Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)

Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1
Avda. Madrid, 90 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
BADALONA:
Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII
PREMIA DE MAR:
Avda. 27 de Enero, 132

i Vale más quien sirve mejor!

POR FIN...

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

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

SERIOGRAFO completamente automático

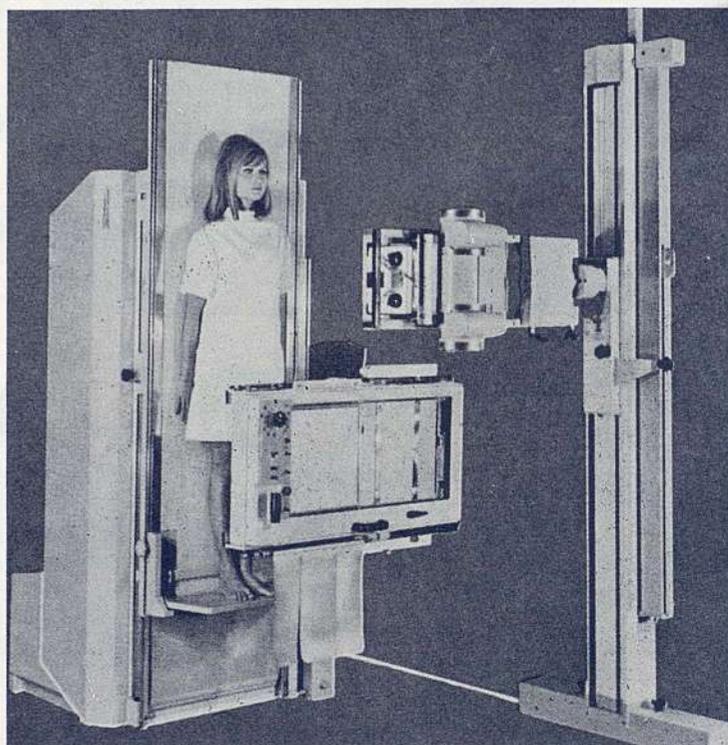
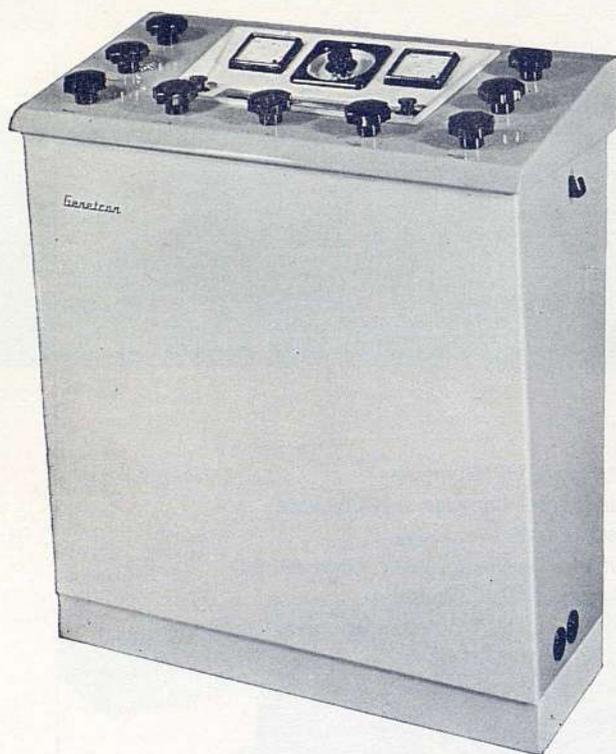
TABLERO DE EXAMEN MOVIL: 40 y 20 cms.

PLANIGRAFO vertical y horizontal

COLIMADORES motorizados

BUCKY de alta calidad y equilibrado en todas
las posiciones

FRENOS electromagnéticos



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON 400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUÑA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

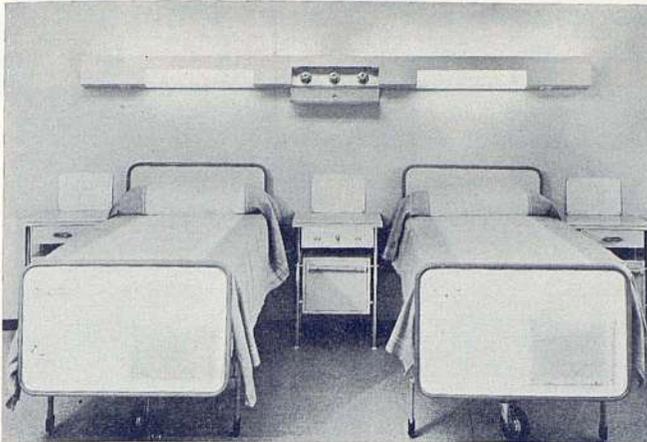
Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

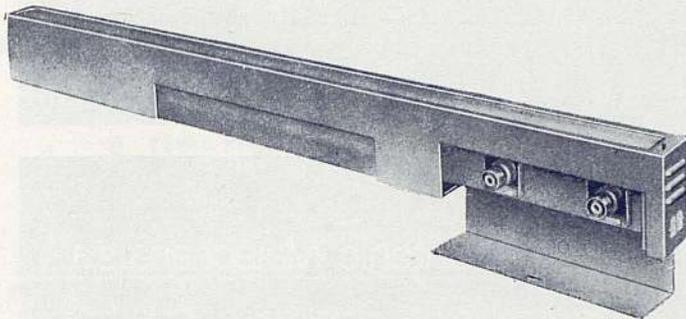
Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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

DIVISION MEDICA

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

CON INCORPORACION DE:

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



Tipo PL - 165

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



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

panhos s/a

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

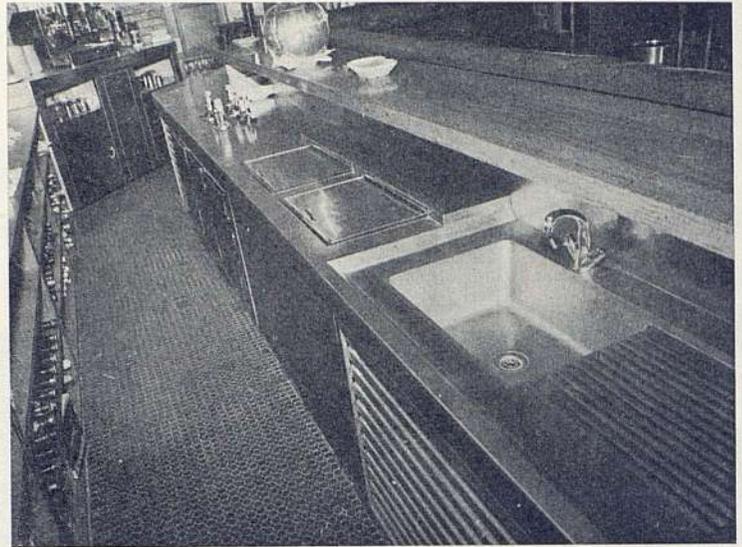
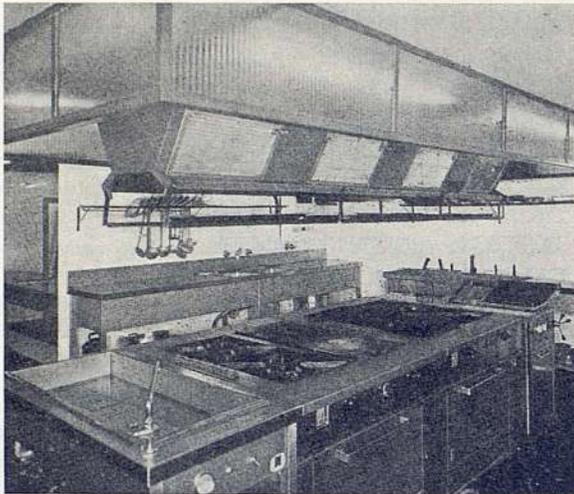
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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



MAQUET

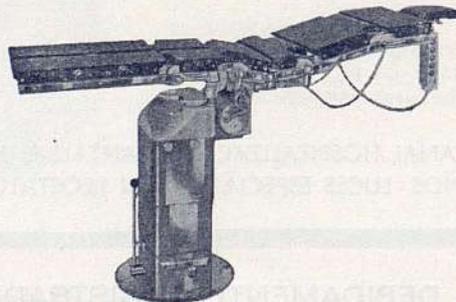


RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

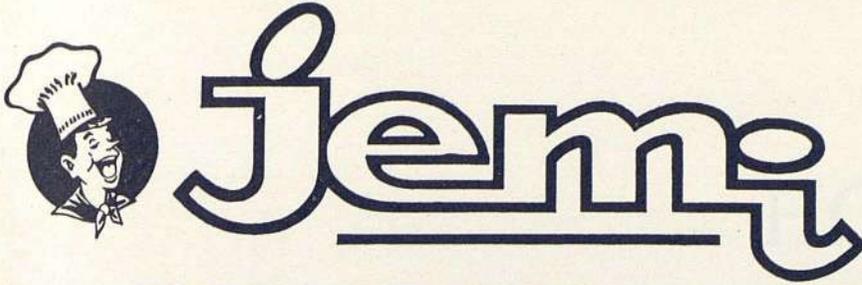


Electromedicina

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

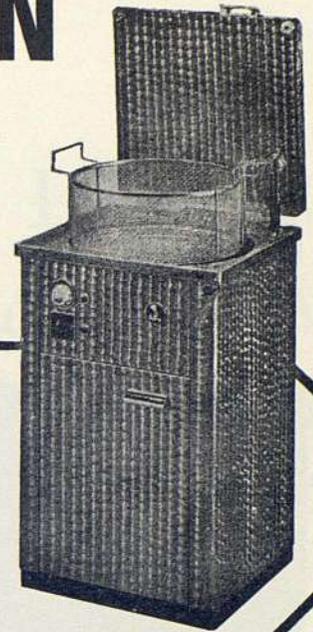
VALENCIA 8 - Lorca, 7 y 9 - Tel. 26 33 05*
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46

FRIA MAS Y MEJOR CON



QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

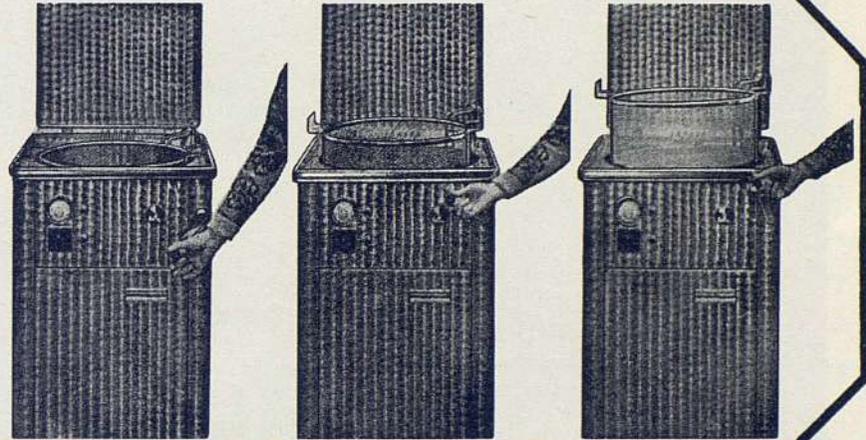
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

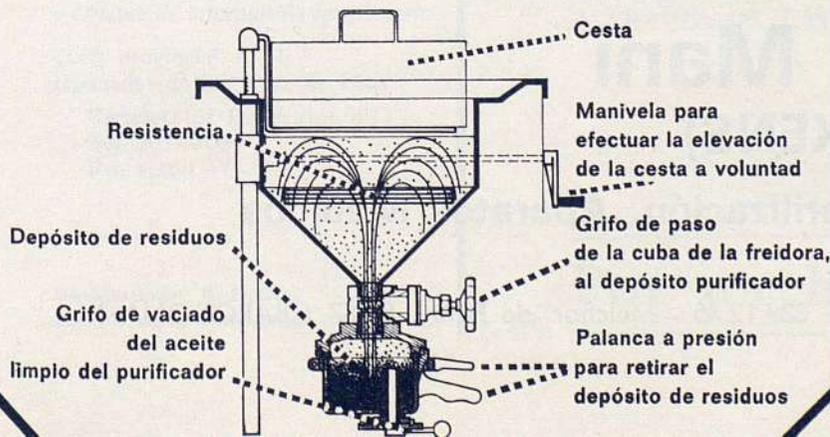
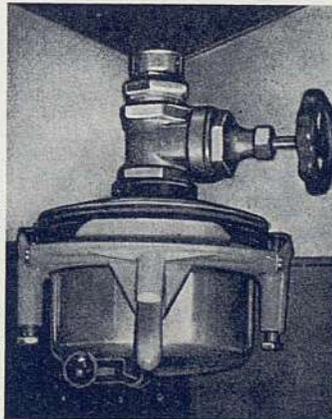
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

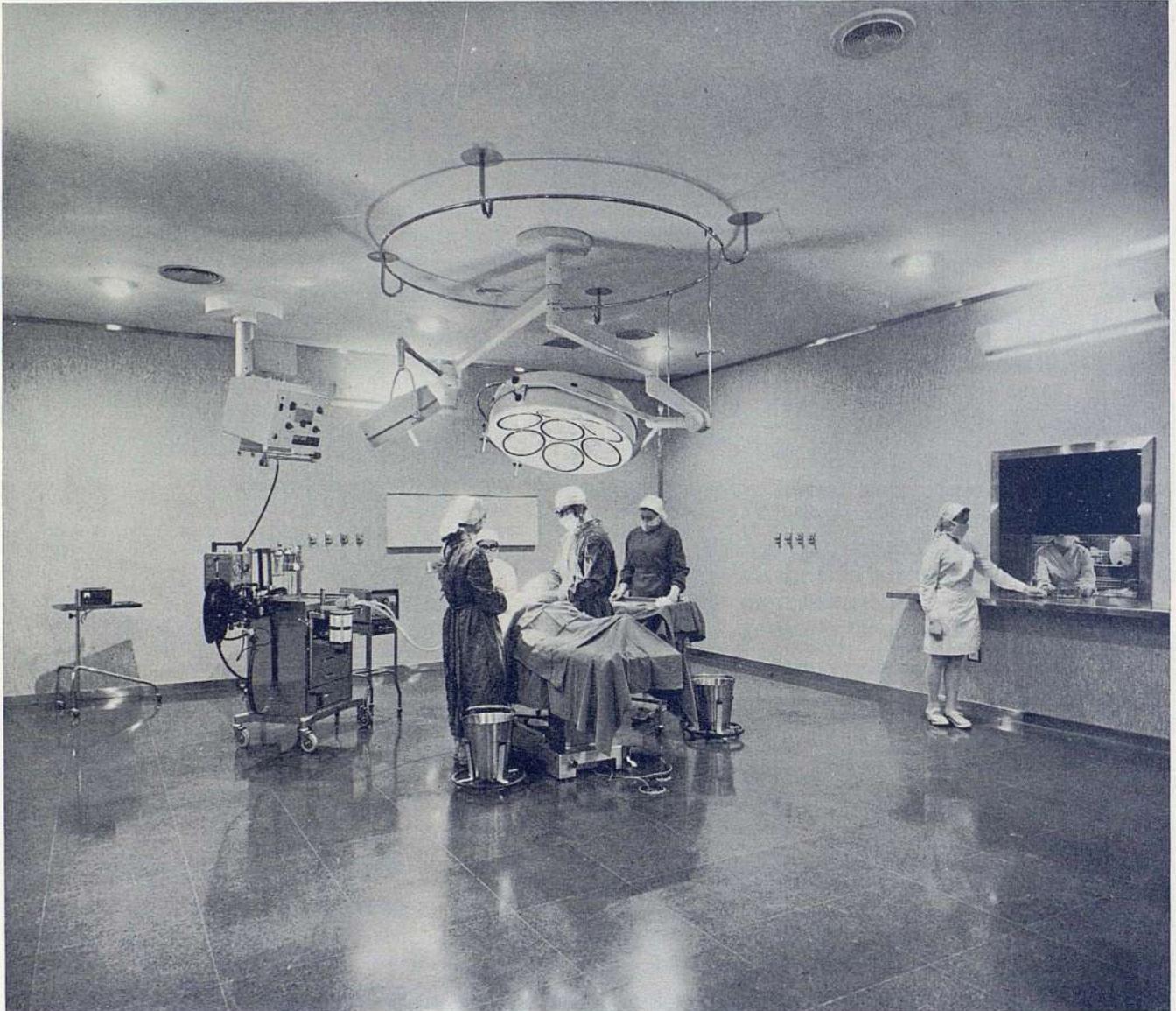
Don

Domicilio

Población

Provincia





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

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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

INDICE GENERAL / 74

Cara y Cruz de las religiosas en el hospital	8	A través de las revistas	54, 196
La problemática humana del hombre enfermo	14	El porqué y para qué de los institutos religiosos de acción hospitalaria.	64
Acción hospitalaria de la doctrina social de la Iglesia	18	Contratación e incorporación del personal de enfermería	70
El origen de la vida individual humana	23	La salud mental comunitaria en la obra de san Juan de Dios	73
El sacramento de la Unción de los enfermos	25	La pastoral en el mundo de los enfermos	76
Viático y Comunión de enfermos	26		
La enfermedad prueba de la fe.	27, 86, 121		
Jornadas de ORL infantil	32		
Primeras jornadas de pastoral hospitalaria en Guadalajara	34	<i>El mundo de los enfermos</i>	
Congreso de enfermos en Marizell	38	<i>a través de los medios de comunicación social:</i>	
Actualización de pastoral hospitalaria en Roma	40	Los problemas de las enfermeras	93
Conferencias médico morales y de pastoral de enfermos	41	Enfermedad y desarrollo.	94
		El aborto.	95
		La Pastoral de Sacramentos de enfermos	112, 180
		Mensaje cristiano en el ámbito hospitalario contemporáneo	117
		Los servicios farmacéuticos en los hospitales de san Juan de Dios	125
		Las enfermeras en la provincia de Quebec	129
		La Ley francesa de hospitales	141
		El derecho a una asistencia médica apropiada	160
		Nota de la Comisión episcopal para la doctrina de la Fe sobre el aborto	167
		Código de Deontología de las enfermeras	172
		Proyecto de planificación pastoral para el sanatorio de San Baudilio de Llobregat.	175
		<i>Fotografados:</i>	
		Doctor Clarós	32
		Cardenal Salazar	34
		Las jornadas de Guadalajara	35, 36
		Sanatorio san Juan de Dios. Zapopan	37
		Santa Teresa de Jesús Jornet	43
		Pablo VI.	45, 47, 91
<i>Pablo VI orienta nuestra acción hospitalaria.</i>			
<i>Discursos y homilias:</i>			
Canonización de santa Teresa de Jesús Jornet.	42		
La acción de la Iglesia en el campo asistencial y sanitario	45		
Los jóvenes minusválidos	46		
Movimiento apostólico de ciegos	48		
Jornadas médico mundiales de Munich	49		
Unión nacional de enfermos de Italia	90		
Congreso mundial de enfermeras y asistentes sociales	183		
Respeto de la persona humana en la atención a los enfermos mentales	184		
El desastroso abuso del alcohol	185		
La doctrina de la Iglesia sobre la regulación de la natalidad	186		
La relación entre el médico y el enfermo a la luz del magisterio de la Iglesia	187		
Noticiario	51, 97, 189		
Bibliografía	52, 53, 149, 194		



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

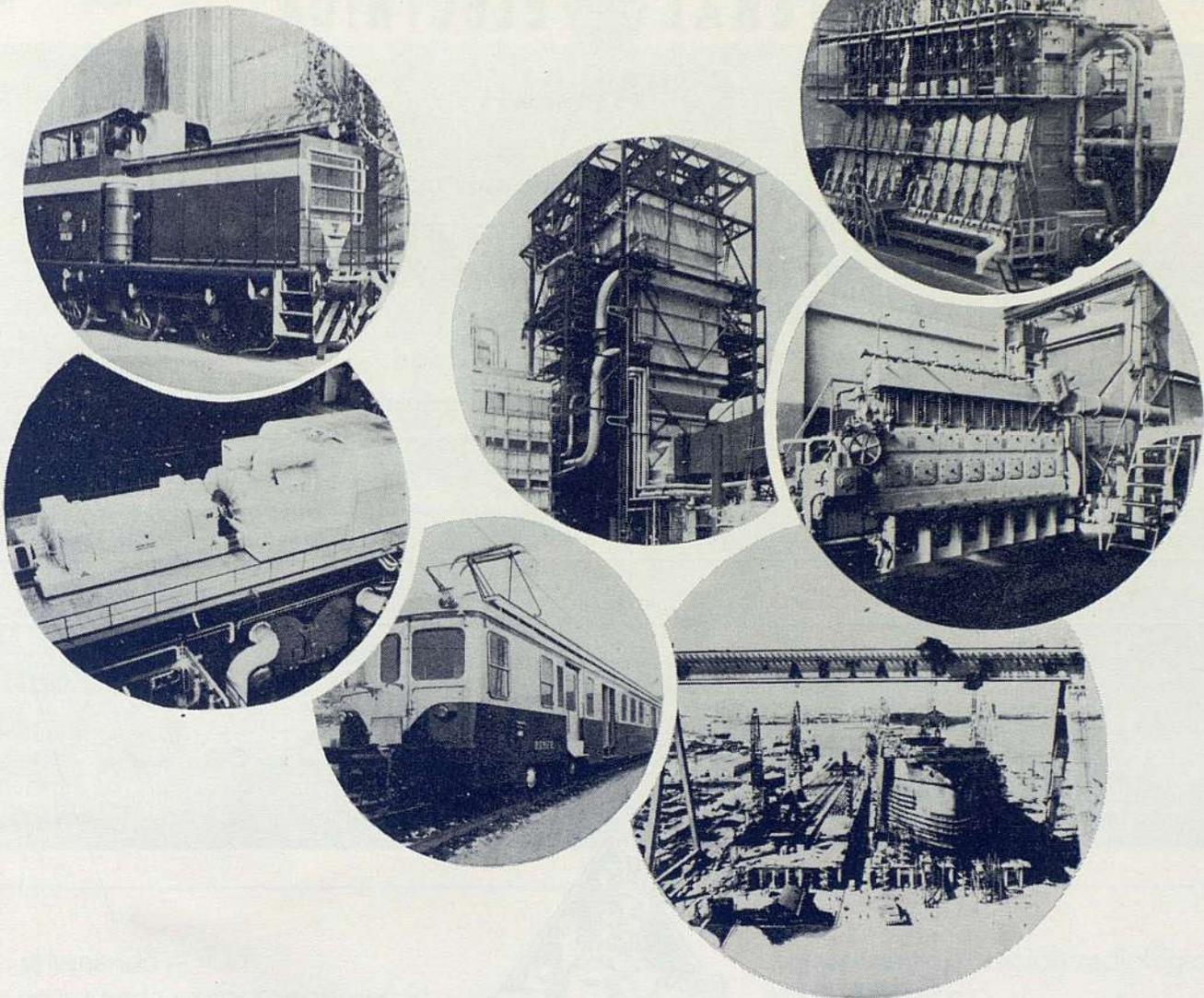
ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

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

PARA HOMBRES QUE DECIDEN y piensan en el futuro

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



LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A.

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



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

**GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA**

Ofrece:

Equipos Radiológicos para
exámenes convencionales y
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7
Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9
Alvarez Garaya, 1 - GIJON
General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4
Cuarteles, 47 - MALAGA
Apóstoles, 17 - MURCIA
Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS
Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11
Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID
P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.



SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

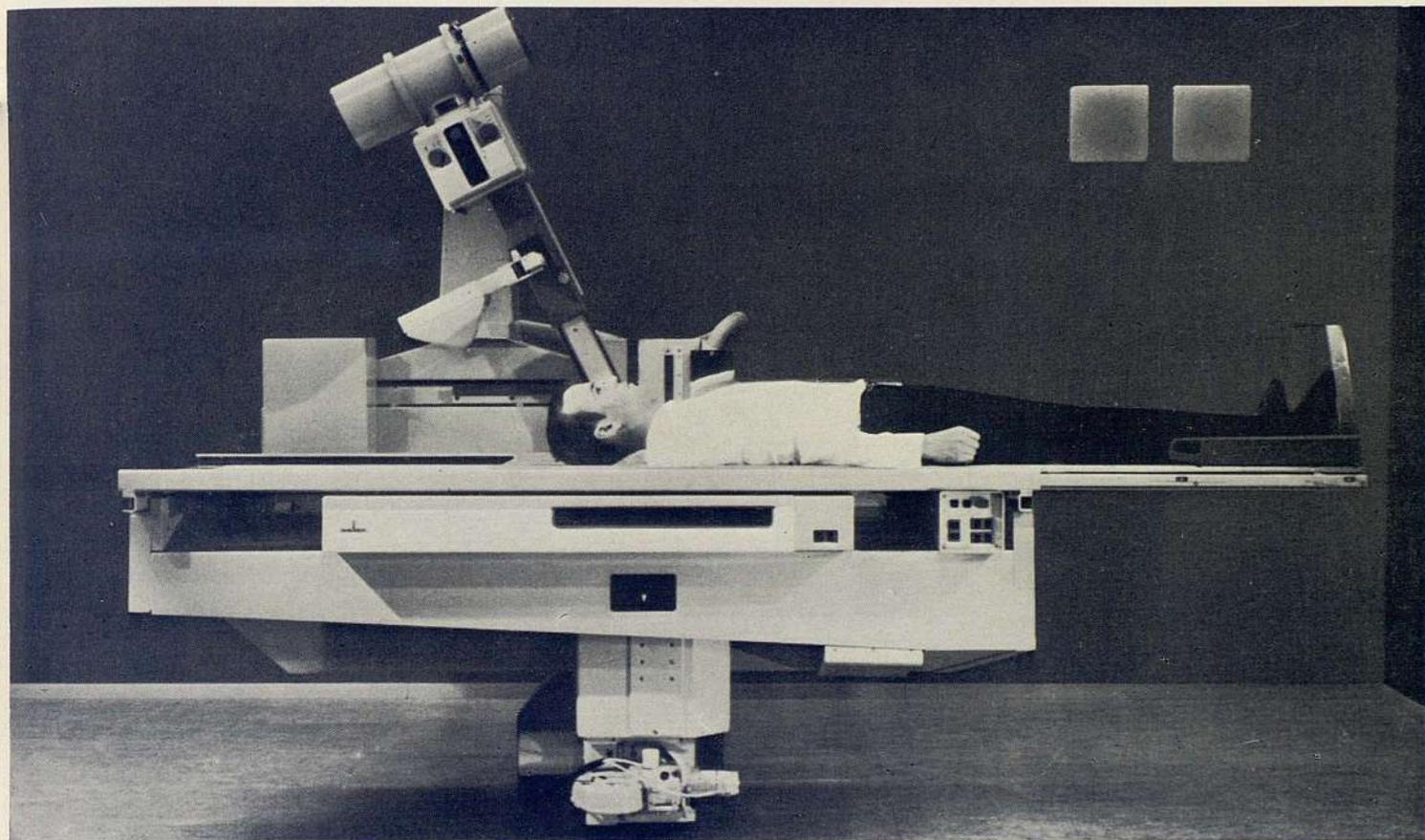
Teléfono 219 92 41

Barcelona 3



SIEMENS

Con telemando



Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático del intensi-
ficador en caso de radiación oblicua,
con lo cual se evita el desplazamiento
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica
con telemando,
para exigencias máximas

SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA
ESPAÑOLA, S.A.
Madrid 4, Fuencarral, 45, 5°

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 2223096

Barcelona 10