

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

LA BOR HOS PTA ARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 28. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1975
Número 155 Volumen VII

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 MÉDICO, LA ENFERMERA Y EL ENFERMO ANTE LA MUERTE

Por el Profesor J. M. MARTÍNEZ LAGE

6

BASES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PRESUPUESTO GENERAL DEL HOSPITAL

Por J. L. ALABERN

13

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA ENFERMERA

Por MAGDALENA ANTONIJUAN, ATS

15

CURSILLOS DE ACTUALIZACIÓN HOSPITALARIA

Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

17

LA PASTORAL DE SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS III. LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Por CLAUDIO HORTEMANN, M. I.

25

DECLARACIÓN SOBRE EL ABORTO

Texto preparado por la Sagrada Congregación
para la Doctrina de la Fe

30

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN HOSPITALARIA

37

NOTICIARIO

39

BIBLIOGRAFÍA

43

Por un hospital más humano

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.11

EL MEDICO, LA ENFERMERA Y EL ENFERMO ANTE LA MUERTE

Por el profesor J. M. MARTÍNEZ LAGE

*Director de Estudios de la Facultad de Medicina
Director del Departamento de Neurología de la Clínica Universitaria
Universidad de Navarra*

ALGO QUE NOS DEBE HACER PENSAR A MÉDICOS Y ENFERMERAS

En estos últimos años, por circunstancias propias de mi quehacer como médico neurólogo, por exigencias del cargo de Director de Estudios de una Facultad de Medicina que ha de reflexionar sobre el contenido de la educación médica, y quizá también por influencia de determinados acontecimientos que están afectando a la opinión pública, me he visto con alguna frecuencia ocupado en pensar en cuestiones como las siguientes: la medicina actual tiene un carácter eminentemente tecnológico, el avance en la asistencia y cuidado de los enfermos es incesante, el afán de conquista de la salud gana terreno día a día pero... ¿no hemos caído todos en el espejismo del poder médico? ¿No hemos olvidado casi todos que este poder médico está rodeado de impotencia? ¿Tenemos presente que a medida que crece el número de enfermos que busca su curación acudiendo —en diferentes momentos de su enfermedad— a los modernos hospitales, tan formidablemente dotados de medios materiales y de recursos humanos, trae consigo el aumento del número de personas que muere en el propio hospital? ¿Ante la muerte de cada enfermo, nos paramos a pensar juntos —médicos y enfermeras que le hemos atendido— tanto sobre la calidad de nuestros cuidados como sobre nuestra ayuda médica, psicológica y moral cuando era un moribundo? ¿En las Facultades de Medicina y en las Escuelas de Enfermeras, se instruye y se prepara a los futuros médicos y a las futuras enfermeras para tratar de los problemas de la muerte, que representa la ocasión asistencial sin duda más trascendente, de nuestra atención profesional?

Todos estos interrogantes y otros muchos de semejante tipo están en mi mente en estos momentos y mi exposición va a girar en torno a ellos.

LA MUERTE COMO REALIDAD DE LA VIDA, ES INSOPORTABLE SIN FE, SIN CREENCIA RELIGIOSA

Los médicos y las enfermeras no somos gente tan privilegiada como para sustraernos a la influencia de la sociedad permisiva en que nos toca vivir, con sus vicios y virtudes. «Los adelantos de la tecnología y en las ciencias naturales contribuyen mucho a la comodidad, la eficiencia y el bienestar de la humanidad, así como la satisfacción de las necesidades de la sociedad, pero puede ocurrir que pasen por alto o no satisfagan los requerimientos del individuo en las esferas de lo intelectual, emocional y espiritual» (Norah Mackenzie).

Los modos instrumentales que gobiernan nuestra vida comunitaria (juicio científico de la conducta; cálculo económico de toda decisión; legalidad explícita y formal de actuar; organización burocrática sistemática de la vida;

el supernaturalismo como ideología, según dice Mac Raet, etc.) han deformado la realidad de que la persona humana ha de sufrir y ha de morir y han forjado en cada uno de nosotros el secreto ideal de que hemos de exigir el estar siempre funcionando perfectamente como máquinas. A pesar de la proximidad con que nosotros tocamos el dolor humano y la muerte de la persona, podemos —al abandonar el hospital— participar de la actitud consecuente de un mundo irreligioso en el que la muerte, el moribundo son tabú, temas no mencionables e incluso palabras miradas como obscenas (Heenan). ¿Traduce este sentimiento el que en nuestro argot hablemos paliando los hechos de que un enfermo canceroso esté en fase terminal y no digamos llanamente que está muriendo? Tengo para mí que la muerte, como realidad de la vida, es insoportable sin fe, sin creencia religiosa, que la muerte es tan importante como inevitable para cada uno de nosotros y que, en consecuencia, ni por temor a ella ni por aceptación natural de la misma, podemos ni los médicos ni las enfermeras vivir en esa situación social utilitaria que promueve un olvido interesado, una actitud silenciadora, y una abolición de la conciencia final de muerte que todos llevamos dentro. Si estuviera escribiendo para un público general, muy probablemente sería procedente ahora hacer alguna mención de la singular transformación que han sufrido en las últimas décadas las agencias de pompas fúnebres y de sus logros para disimular estéticamente la muerte, al tiempo que se comercializa pingüemente con la misma. Pero los responsables de la formación y educación de las enfermeras de hoy y del mañana, exigirán de mí que trate este tema sin caer en planteamientos inútiles e inadecuados, por llenarlos de notas impersonales, sentimentales, sensacionalistas e inoperantes.

*ESTUDIAR CON
SERIEDAD Y SERENIDAD
LA CIENCIA Y ARTE
DE CUIDAR LA PERSONA
ENFERMA QUE VA
A MORIR*

Hace unos días llegó a mis manos, por feliz casualidad, un libro de muy escasas páginas, publicado el presente año por dos médicos ingleses, la Dra. Sylvia Lack y el Dr. Richard Lamerton, que recogía el contenido de una conferencia celebrada en Londres sobre el cuidado del moribundo. En ella tomaron parte diversos médicos, enfermeras y periodistas —como responsables de la opinión pública— de las Islas Británicas, de Norteamérica, del Japón, etc. Sylvia Lack y Richard Lamerton, ambos médicos no católicos, se plantearon la necesidad de estudiar con seriedad y serenidad la ciencia y el arte de cuidar la persona enferma que va a morir. Los dos tenían la impresión de que las personas públicas, políticos y legisladores de diversos países, que comienzan ya a defender la legalidad —no la moralidad, que es indefendible— de la eutanasia llamada voluntaria o positiva y que propugnan nuevas leyes en torno a la muerte humana, tiene un total desconocimiento de los problemas reales del enfermo incurable, del enfermo que va a morir a corto o a medio plazo. Esta ignorancia les hace sentirse atemorizados por la perspectiva de una falaz victoria del hecho de la muerte sobre la vida misma y no dudan en buscar una solución legal para acortar la para ellos humillante batalla del moribundo, considerado como víctima que no puede ser abandonada a un infeliz destino.

Ante opiniones como éstas, que van ganando cuerpo, se hace necesario disipar la ignorancia que existe en torno a la muerte. Si los médicos y las enfermeras, en nuestras mutuas competencias, tuviéramos una mayor exigencia, aprendiéramos más, y supiéramos mejor los hechos fisiopatológicos y los acontecimientos psicosociales de una vida humana que declina hacia la muerte, si la opinión pública recibiera una información honesta en este sentido, surgiría una confianza pública en que cada uno a la hora de la muerte, en su propia casa o en el hospital, va a encontrar la asistencia médica necesaria y el tratamiento médico oportuno, compasivo y leal, para lograr que esa muerte tenga lugar amablemente, reduciendo al mínimo el sufrimiento físico y moral, con respeto íntegro a la dignidad de la persona, todo lo cual constituye un acto médico de la más alta calidad.

LA CRUDA REALIDAD

Llegados aquí, enfrentémonos seriamente con la cruda realidad.

Los enfermos que se nos mueren, en nuestra misma proximidad, bajo nuestro cuidado, ¿tienen en su mayoría una muerte digna, fácil, poco dolorosa, tranquila o su trance es para ellos en general sumamente penoso, física o moralmente, infausto y hasta trágico? Si la segunda alternativa es cierta, creo que no es una exageración afirmar que en estos casos de muerte difícil, llena de sufrimiento, «algo ha fallado» en aquel moribundo.

Ciertamente pudo haber fallado él mismo por desconocer o no aceptar el sentido de la muerte, hecho natural y ordinario para toda persona humana, por haber rechazado una apropiada preparación («mueren mejor los que mejor se preparan») o por carecer desafortunadamente de una convicción religiosa.

Sin embargo, nuestra preocupación ha de ser advertir y descubrir cuándo fallamos nosotros, médicos o enfermeras, para tratar de corregir actitudes, cambiar conductas y mejorar la medicina integral que requiere la persona que va a morir. Estos fallos en el cuidado médico de un enfermo incurable, moribundo ya, o próximo a serlo, está claro que no pueden ser fácilmente sistematizados ni sometidos a un estudio con aplicación general. Pero quiero dejar claro que me parece que es tan mala medicina la del médico o la enfermera que evitan el diálogo, el consejo, la conversación franca y sincera con el enfermo en riesgo de muerte como la de quienes omiten una medicación apropiada que mitigue el dolor o alivie la disnea en tal situación.

EL MÉDICO Y LA ENFERMERA HAN DE ESTAR SIEMPRE LUCHANDO POR CONSEGUIR LA SALUD DE SUS ENFERMOS

Los deberes de las profesiones médicas, con su actividad puesta al servicio de la humanidad, han de proceder de una actitud filosófica determinada, han de derivar de una cierta concepción de la persona humana (R. Villey). Esta persona humana, además de sus necesidades materiales, tiene necesidades morales, tiene deberes. Sólo hay deberes para los seres libres y es la libertad la que nos hace ser personas. La libertad exige entendimiento que nos capacita para comprender que el fundamento radical de la categoría y de la dignidad de ser persona humana es el ser superior, Dios, capaz de infundir entendimiento y libertad en la materia de que estamos hechos (Millán Puelles). Pues bien, esta concepción es la que alienta «el espíritu eterno de la Medicina», que respeta al individuo, que respeta su libertad, respeta su intimidad, que exige conciencia en los cuidados del enfermo, que pide dedicación... El médico, y en consecuencia la enfermera, han de estar siempre del lado de la vida, luchando infatigablemente por conseguir la salud de sus enfermos, enfrentándose en la medida de su poder con todo lo que destruye la vida humana. El juramento de Hipócrates con sus 2400 años de vigencia, la Declaración de Ginebra de 1948 de la Asociación Mundial de Médicos, los códigos deontológicos de la mayoría de los países reconocen que «el respeto de la vida y de la persona humana constituye, en todas las circunstancias, el deber primordial del médico» (art. 2, J. O. 1955).

Sin embargo, los médicos y las enfermeras sabemos mejor que nadie que nuestra actuación se inserta entre la vida y la muerte; que, pese a nuestra ciencia, a nuestros cuidados, técnicamente irreprochables, llega muchas veces el momento en que nos vemos abocados a aceptar que hicimos todo cuanto nos fue posible por curar a este enfermo pero el conseguirlo se nos escapa y tomamos conciencia clara de que «ya no hay más que hacer» por mantener su vida: el enfermo es «desahuciado», desaparece la esperanza de curación. Es verdad, Dios lo sabe, que es dura y exigente nuestra profesión. La gente cree que «tenemos callo», a fuerza de tratar con el dolor y la muerte y que pasamos con indiferencia afectiva ante tan íntimos acontecimientos. Confunden nuestra obligada serenidad externa con el mundo de nuestras emociones...

Resulta un tanto difícil referirse en términos genéricos a la problemática de situación de enfermo «desahuciado» sin tener en cuenta las circunstancias de edad (niño, adulto, viejo), duración de la enfermedad y evolución de la misma (aguda, subaguda, crónica), naturaleza del proceso (esclerosis lateral amiotrófica, trágicamente indolora; carcinomatosis generalizada; tumor cerebral y coma, esclerosis renal, etc.), circunstancias familiares, culturales, espirituales, etc., del enfermo. Todo ello configura la necesidad de afrontar la situación ante cada enfermo con un enfoque estrictamente individual.

**LA MAYORÍA DE
ENFERMOS DESAHUCIA-
DOS O MORIBUNDOS
CONOCEN Y SABEN
LA REALIDAD
DE SU SITUACIÓN**

Algunos médicos han ido acumulando datos de observación de esa «fase terminal» de los enfermos incurables desahuciados que, son motivo de reflexión y fuente de enseñanza para todos los que, de una u otra manera, somos sus cuidadores. A través de entrevistas preparadas con esos enfermos, se sabe que muchos de ellos deducen la gravedad de su estado por el cambio de actitud que observan se produce en un momento dado en los médicos, las enfermeras, los familiares o los amigos que les visitan: «qué raro, nadie me quiere mirar a la cara»; «me miran como si fuera a morirme, pero nadie me dice nada». Opiniones como éstas se convierten en acusadoras.

El Dr. Kubler-Ross, de Flossmor, Illinois, en los últimos diez años ha tenido la oportunidad de observar, aconsejar y prestar asistencia a cientos de enfermos en esa lucha de la vida contra la muerte, en la que pocos —dice él— han querido colaborar y participar, cuando el cuerpo es vencido en la desigual contienda contra el cáncer u otras enfermedades incurables. La mayoría de los enfermos por él observados no habían sido informados de la gravedad de su enfermedad, que era encubierta o explicada «a medias». La razón de este comportamiento fue siempre que médicos, enfermeras y familiares, rechazaron hablar del tema porque les resultaba sumamente desagradable. Mi impresión personal es que la mayoría de los enfermos desahuciados o moribundos conocen y saben la realidad de su situación, aunque no se les haya dicho expresamente; pero también creo que ellos prefieren no hablar directamente de la cuestión, o no tener una respuesta directa y absoluta a sus preguntas, salvo en el caso de personas muy excepcionales por su serenidad, su virtud y por las trayectorias de sus vidas.

**DEBER PROFESIONAL
DE INFORMAR
AL ENFERMO**

El derecho del enfermo a la verdad, a conocer la realidad de su enfermedad es una problemática sumamente ardua. ¿Cuándo hemos de hablar directamente y cuándo faltamos si no lo hacemos? Creo que el médico o la enfermera tienen el deber profesional de informar con tanta veracidad al enfermo como éste desee conocer la realidad y que no tenemos derecho a mentir a nuestros enfermos. Una disposición responsable de cumplir con nuestro deber, por encima incluso de las barreras que por falsa piedad levantan los familiares, nos va a proporcionar la prudencia, el modo más apropiado de expresarnos, el saber informar sin eliminar la esperanza (no somos infalibles, etc.), el hablar paso a paso y, sobre todo, el escuchar, escuchar mucho a nuestro enfermo para ayudarlo a encontrar la mejor respuesta sobre la verdad de su vida en esos momentos críticos. Hemos de permitir al enfermo que nos hable cuanto quiera, dedicándole tiempo, sabiendo que la relación con él es mucho más que palabras, mirándole, tomando su mano, intentando comprenderlo todo.

**ABRIR LA PUERTA
AL SACERDOTE**

Ante un enfermo que va a morir se hace más acuciante la necesidad de que el médico y las enfermeras desarrollen un pensamiento común, una actitud equilibrada ante la situación, una comunicación abierta para coordinar su ayuda. Ello comienza sabiendo la enfermera lo que el médico habló con el enfermo,

o viceversa, y conociendo ambos lo que han podido deducir uno u otro de lo que el enfermo sabe o dice saber.

¿Quién mejor que el médico o la enfermera, en los cuales el enfermo ha depositado su fe, su confianza, su amistad pueden hablar al enfermo en grave estado de la asistencia espiritual al conocer la dimensión de sus necesidades y abrir así la puerta al sacerdote en la habitación del enfermo?

DINÁMICA PSICOLÓGICA DEL ENFERMO INCURABLE Y DE SUS FAMILIARES

Kubler-Ross ha publicado ya varios libros en los que relata la dinámica psicológica del enfermo incurable y de sus familiares, desde que conocen que están gravemente enfermos, sin perder toda esperanza, y destaca cómo el proceso es muy análogo en todos ellos y en sus familiares: primera fase de rechazo de la realidad; segunda fase de agresividad, proyectando envidia y angustia sobre médicos, enfermeras, etc. (insultos, amenazas, quejas de incompetencia), que hay que comprender poniéndonos en su lugar; tercera fase de tregua, de negociaciones, lamentaciones, de tristeza preparatoria; cuarta fase de real resignación y aceptación, fase de paz que suele verse rota porque es entonces cuando los familiares pierden la serenidad y el control.

PLANEAR EL TRATAMIENTO EN EQUIPO Y POSITIVAMENTE

El tratamiento médico hemos de planearlo en equipo y positivamente. Va dirigido a confortar y no a curar pero eso no significa nihilismo terapéutico. Un objetivo bien claro es evitar el dolor y ello exige cobrar experiencia y maestría en el uso de todas las medidas analgésicas (bloqueos locales con agentes anestésicos, radioterapia de metástasis óseas, agentes que actúan a nivel de terminaciones —ácido acetilsalicílico— de fibras —procaína— de formación retículo-talámica —morfina de lóbulo frontal— anfetamina, etc.) y adelantándose a la aparición del dolor para evitar su auto-entretenimiento. No hay riesgo de dependencia ni de habituación.

Disnea se combate mejor con un narcótico que con oxígeno. Vómitos, con un tranquilizante. Siempre imaginación y perseverancia, infundiendo confianza. «Esto lo vamos a corregir en seguida, con una medicación o con esta medida». Mantener un contacto real con el enfermo, sentarse, escuchar, tomar las manos, vale más que una sonrisa. El médico, y mucho más la enfermera, tiene que conservar serenidad, desenvoltura, calma. Esta es la verdadera perspectiva de esta medicina.

No ser demasiado puritanos o abstencionistas con el enfermo moribundo.

¿Hemorragia terminal, transfusión o tranquilizante?

¿Disfagia intensa, té o sonda?

¿Neumonía lobar, antibióticos o cuidados posturales?

CADA DÍA ES MAYOR EL PORCENTAJE DE MUERTE ACAECIDA EN EL HOSPITAL

La situación actual es bien clara. Ya lo decíamos en un principio, años atrás, la mayoría de las personas morían en su domicilio, rodeados del consuelo y de la ayuda de sus familiares; actualmente, sin embargo, crece cada día y crecerá más, a medida que el país disponga de mayor número de camas hospitalarias, el porcentaje de muerte que tiene lugar en los propios hospitales. En los Estados Unidos las estadísticas revelan que más de un 80 % de las muertes tienen lugar en el hospital donde es innegable que los recursos técnicos, asistenciales y farmacológicos son cada día mejores y mayores para prolongar la vida hasta límites insospechados hace unos años. Y esta es la cuestión. ¿Cuándo desaparece la esperanza médica de salvar una vida? ¿Cuándo está justificado prolongar una enfermedad final? ¿Cuándo hemos de cambiar nuestra actitud y conducta terapéutica dirigida contra la muerte para

tornarla en una medicina para el moribundo? Está fuera de toda duda que toda esta problemática nos coloca a todos, médicos y enfermeras, ante unas exigencias éticas muy serias y muy graves. Estas exigencias están clamando —diría que a voz en grito— por una necesidad de formación teológico-moral sólida del médico y de la enfermera, por una obligación de que ambos reflexionen juntos en la toma de decisiones ante sus enfermos, por un actuar en cada caso de manera responsable y consciente y, respetando uno y otro sus mutuas competencias, un asumir integral y unívocamente que los cuidados médicos para aquella persona no van a ser los de prolongar su vida, sino los de cuidar su muerte.

¿Es respetar la vida humana fomentar que enfermos con afecciones malignas sean sometidos a tratamientos heroicos para conservar mediante el uso de máquinas su respiración todo el tiempo que sea posible? ¿Mueren con dignidad en una unidad de cuidados intensivos, aislados de su familia, «con tubos en todos los orificios y agujas en sus venas», los enfermos conscientes que sucumben a una enfermedad en cuya evolución hubo ya un diagnóstico formal de pronóstico fatal?

**ACTUAR SIEMPRE COMO
SANADORES
DE NUESTROS
SEMEJANTES ENFERMOS**

Nosotros hemos de actuar siempre y en primer lugar como sanadores de nuestros semejantes enfermos. En segundo lugar, en defecto de lo primero, como constantes cuidadores de las personas que, por la naturaleza de la enfermedad que las aqueja, van a vivir enfermas o van a morir. En esa aventura de nuestra profesión, siempre que exista una esperanza fundada, por débil que ésta sea, de mantener la vida feliz y digna de un enfermo, nunca regatearemos esfuerzos, nunca podríamos hurtarnos a la lucha, ni dejaremos de utilizar todos los medios a nuestro alcance para convertir el afán en realidad. Pío XII nos lo ha dicho claramente, a los médicos para que lo cumplamos y a los enfermos para que lo entiendan: «La razón natural y la moral cristiana afirman que el hombre tiene el deber y el derecho, en caso de seria enfermedad, de seguir el tratamiento necesario para conservar su vida y su salud. Este deber que uno tiene hacia sí mismo, hacia Dios, hacia las personas concretas, se deriva de una caridad bien ordenada, de la sumisión al Creador, de la justicia social y aun de la justicia en sentido estricto, así como de la lealtad hacia la propia familia».

Si somos reflexivos —y «la vida sin reflexionar no vale la pena vivirla», decía Sócrates—, hemos de convenir que hay para cada persona enferma un tiempo de dejarla morir en paz cuando está desahuciada o llega a ser moribunda. Aunque no sepamos enunciarlo con la claridad y detalle precisos, hay un derecho de la persona —que deriva de su propia dignidad— a la muerte, el cual es fácil violar en muchas ocasiones. La decisión de velar por él, de respetarlo, nos incumbe a los médicos y también a las enfermeras, evidentemente individualizando cada paciente, tomando muy en cuenta el mundo emocional y la estructura de la personalidad del enfermo y valorando las circunstancias familiares que concurren.

La situación moral a que aludimos es de tal envergadura que yo no dudaría en aceptar que una actuación equivocada o negligente del médico en tesituras como éstas, justificaría que la enfermera se negara a cumplir órdenes del médico que van dirigidas a prolongar indignamente —lo que no equivale a decir inútilmente— la vida del moribundo, de la misma manera que una enfermera responsable se ha de negar a tomar parte en una operación, en un crimen como es el aborto.

Ya no es momento de descender a cuestiones casuísticas. Podría hacerlo extensamente, dada mi condición de neurólogo, ocupándome del tema de la reanimación neuro-respiratoria que, cuando es infructuosa, conduce con

frecuencia a la dramática situación de muerte cerebral, nueva definición de la muerte clínica, y donde aparece con neta claridad los criterios deontológicos de actuación del médico y de la enfermera.

**TRABAJEMOS POR
CONSEGUIR ALIVIAR
MÁS Y MEJOR
AL MORIBUNDO
PARA QUE MUERA
CON DIGNIDAD**

Ante todo lo dicho hasta ahora, surge para mí un dilema, una alternativa desafiante que es inútil ocultar, un estado de opinión que no nos puede engañar: o los médicos y las enfermeras aprendemos a tratar mejor con la muerte, conseguimos aliviar más y mejor al moribundo, asumimos la inviolabilidad del derecho a morir con dignidad, incorporamos a nuestras Facultades y Escuelas programas e instrucción en esta área trascendental, informamos a la opinión pública de nuestra buena medicina para el moribundo, o más tarde o más temprano, las campañas en favor de la eutanasia voluntaria irán en aumento, ganarán adeptos y lograrán que se promulguen leyes que utilicen el homicidio medicado, la matanza piadosa de los incurables, el «mercy killing». De nada vale escandalizarse y rasgarse las vestiduras ante las actuaciones de los tribunales de justicia que condonan penas, suspenden sentencias o imponen suaves condenas ante acciones eutanásicas homicidas. Lo que importa es que la medicina oponga a las acciones legales y a las comisiones humanitarias, pseudohumanitarias, una actuación de calidad, una responsabilidad moral y una solución acorde con la dignidad de la persona.

**VIRTUDES Y CUALIDADES
DE LAS FUTURAS
ENFERMERAS**

El progreso de los conocimientos, de la técnica y de la organización social no conduce necesariamente a una civilización mejor, a menos que ellos estén acompañados, controlados y guiados por la aplicación de valores y principios. Estos valores y principios constituyen la esfera de la ética. Si no se aplican, si los juicios sobre la realidad no se acompañan de juicios de valor, la era tecnológica puede resultar una edad de regresión (Mac Iver y Page). Es Norah Mackenzie, profesora del Royal College of Nursing y del National Council of Nurses del Reino Unido, quien os dice a vosotras enfermeras cuáles son los juicios de valor que habéis de cultivar y que habéis de infundir en las futuras enfermeras: excelencia en vuestras habilidades para cuidar a los enfermos; honestidad en vuestro actuar; convicción de la dignidad de toda persona humana, reflejada en el quehacer de cada día, desde el más sofisticado al más rutinario; y humildad con reflexión sobre cada experiencia.

Voy a concluir aludiendo a unos pensamientos publicados por el Arzobispo de Westminster, Cardenal Heenan. Los médicos y las enfermeras no podemos esperar a que vengan los moralistas y teólogos a decirnos en cada caso concreto de nuestra específica tarea de cada día lo que es lícito o ilícito. Tiene que ser la fortaleza de nuestra fe en que cada vida humana tiene un valor infinito, lo que ha de guiar nuestro actuar y ha de salvaguardar nuestra conciencia moral profesional.

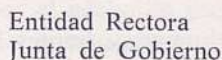
Podemos discrepar, sin faltar a la ortodoxia, si el Estado tiene o no derecho a matar en caso de guerra justa, de defensa propia, etc. Pero Dios, que es autor, dueño y señor de la vida, condena a todo el que se arroga este derecho por muy amparado que esté por unas medidas legales antinaturales. Legalidad y moralidad son categorías bien distintas. Una legalidad materialista puede destruir la ley moral global. Si la vida es la manifestación de la esperanza de Dios sobre cada uno de nosotros, la Ley de Dios es también la ley de la razón.

Administrador del hospital San Juan de Dios, Barcelona

Lo primario y principal es definir la *línea de acción* del hospital de forma que se respete la secuencia siguiente: establecimiento de las *políticas*, marcaje de los *objetivos*, estructuración de los *programas* y configuración de los *presupuestos*.

- Prefigurar consciente y metódicamente la acción antes de desarrollarla.
- Tener presente que en la construcción de la estructura del porvenir es imposible separar los *fin*es (políticas y objetivos) de los *med*ios (programas y presupuestos).

Representación esquemática:



Pueden entenderse como la definición de los fines generales y cualitativos. Deben expresarse ineludiblemente por escrito, de lo contrario no dejan de ser simples ideas o intenciones potenciales a alcanzar.

- Resumen de los hechos.
- Enunciado de las alternativas.
- Elección. Hechos que la justifican.
- Esquema de objetivos, programas y presupuestos.

PUNTOS A DEFINIR POR LA POLÍTICA GENERAL

- | | |
|----------------------------|---|
| — de explotación corriente | } organización
Programas de acción
+ presupuestos |
| — de mejoras | |
| | { Programas de estudios
+ presupuestos especiales |

- a) Política de servicios y prestaciones.
- b) Política *comercial*.
- c) Política de financiación.
- d) Política de personal. Mandos.
- e) Política de equipos (inversiones).

Respecto a *a)* y *b)* podemos decir que son las «puntas de lanza». Son las que nos van a originar los resultados más sobresalientes o señalados. A su vez, van a ser las políticas más revisables.

Respecto a *c)* y *d)* representan los activos más estables: la calidad del equipo humano y la solidez del balance.

Finalmente, respecto a *e)* se puede decir que el interés no debe centrarse en la compra de un aparato de rayos X, por ejemplo, sino que lo que se debe contemplar es el equipamiento general y las inversiones del hospital en su conjunto.

POLÍTICAS DE LOS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS

Por un lado, deben ser reflejo detallado de la política general del hospital.

Por otro lado, pueden reflejar *elecciones autónomas*. Así por ejemplo, que el servicio de farmacia propugne la elaboración propia de unos productos farmacéuticos o la compra de los mismos a los proveedores habituales.

ELEMENTOS PARA ELABORAR LA POLÍTICA GENERAL

Definido el hospital como un sistema social o empresa humanitarista sin fines de lucro y con la función de sanar, estando constituido por un conjunto de recursos —físicos, técnicos y humanos— coordinados por una dirección común; a esta dirección se le plantea el problema de elegir la orientación que ha de dar al hospital, o sea, escoger la política general más eficaz.

La orientación puede ser:

- Seguir la línea de prestaciones actuales (incrementando la capacidad, la calidad, reduciendo costes, etc.).
- Diversificar la situación actual (utilizar nuevas técnicas, variar la clientela, etc.).
- Analizar los recursos excedentes o subempleados.
- Evitar la saturación de trabajo en el equipo de dirección, potenciando servicios especializados al servicio de la misma, sincronizando el crecimiento del hospital y el del equipo de mandos, etc.
- Establecer un cuadro de prioridades (equilibrio presupuestario o aumento de inversiones, creación de servicios, etc.).
- Evitar que el hospital se constituya en una entidad no rentable y sin reservas de financiación.
- impulsar y actuar sobre la organización actual para obtener una mejor eficiencia operativa.

Sin embargo, la política general no tiene valor para la acción si no se prolonga con la formulación de objetivos concretos, precisos, cifrados, que constituyen los fines inmediatos a conseguir dentro de la política enunciada.

Es, por tanto, papel de la dirección determinar los objetivos precisos que deberán conseguir todos los servicios y departamentos del hospital.

CONDICIONES QUE DEBEN REUNIR LOS OBJETIVOS

- Estar expresados en términos concretos y a poder ser cifrados.
- Ser específicos y poco numerosos para cada servicio y persona.
- Estar coordinados entre sí y ser compatibles.
- Ser posibles y, por consiguiente, alcanzables.

PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS

Aunque brevemente hablaremos de los programas y de los presupuestos.

El programa no es más que un plan concreto de realización que permite conseguir un objetivo. Su función es alcanzar un equilibrio entre las necesidades expresadas por los objetivos y los medios de que se puede disponer para la realización.

La programación es una función de dirección por la que el dirigente coordina y controla las actividades situadas bajo su responsabilidad.

Por su parte, el presupuesto es un método de organización previsional de los medios en que todos los elementos están traducidos en metálico.

El presupuesto permite sintetizar la política definida, controlarla, valorarla económicamente y expresar el equilibrio del hospital desde el punto de vista de su tesorería y su *rentabilidad*.

Por lo dicho anteriormente, es absolutamente imprescindible que los objetivos se puedan valorar en metálico.

En resumen, el presupuesto es la previsión de un conjunto de ingresos y gastos teniendo, por tanto, un marcado carácter financiero.

A la vista de todo lo dicho hasta el momento y de cara a establecer el *modus operandi* para confeccionar el presupuesto pienso que las primeras acciones a seguir se deben centrar fundamentalmente en la revisión y completación de los objetivos marcados en el Plan Trienal cuidando de establecer los de aquellas zonas de responsabilidad que por su importancia no figuran en dicho Plan e intentando, además, especificar en términos concretos y en mecánicas operativas los objetivos propios de los servicios y departamentos materia de estudio.

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA ENFERMERA

Por MAGDALENA ANTONIJUAN
ATS

OBLIGACIÓN SAGRADA DE LA ENFERMERA

Una de las obligaciones más sagradas de la enfermera es la de guardar el secreto profesional, esto es, conservar un profundo respeto a las confidencias que le hagan sus enfermos.

Antes de entrar en materia recordemos un pasaje clásico a este respecto, es el juramento de Hipócrates: «...todo lo que en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de mi profesión como fuera del mismo, viere u oyere que no pueda divulgarse, lo consideraré secreto».

Un secreto es una noticia oculta que pertenece por estricto derecho a una persona, no pudiendo lícitamente otra persona poseer dicha noticia en contra de la voluntad de la persona que tiene el derecho; si de hecho ha llegado al conocimiento de otro, lícita o ilícitamente, no puede ser usada o divulgada de un modo lícito en contra de la voluntad de aquel a quien pertenece el derecho.

PROPIETARIOS DEL SECRETO

Considerando al hombre como individuo, encontramos que el Creador ha señalado el derecho al secreto por el hecho de proveer al hombre de facultades superiores naturalmente inviolables, y en las que en circunstancias normales y a no ser por medios injustos ningún ser humano puede penetrar físicamente. Tan sólo Dios lee en nuestros corazones. Así la inteligencia, el pensamiento, el conocimiento, las ideas que un hombre tiene tan sólo a él pertenecen, son muy propios.

El hombre es además un ser social. Para el propio desenvolvimiento de sus facultades naturales y el armonioso cumplimiento de su destino natural, el hombre debe vivir con otros hombres. Pero los hombres no pueden vivir juntos, si no hay entre ellos confianza.

La confianza se funda: en la ley de la sinceridad, que nos conduce a la manifestación discreta de la verdad, y en la ley del secreto, que nos prohíbe la manifestación indiscreta de la misma.

En ciertos momentos de agobio, los hombres se ven obligados a pedir ayuda a otros hombres que creen

mejor situados que ellos. La seguridad de que no van a ser traicionados, es una condición necesaria. Cortar a los hombres del sostén de sus semejantes, tendería a romper y desorganizar la sociedad.

Solamente el enfermo es propietario del secreto profesional o médico. La posesión, uso y disposición de tales secretos es un estricto derecho del paciente. La enfermera no tiene, de ordinario, más derecho a revelar la información confidencial, que el que tendría a arruinar la reputación del vecino o a robar su propiedad privada.

Además del enfermo, son reconocidos también con derecho a la información profesional los padres o tutores de los niños menores de edad y de los que no tienen uso de razón.

En casos de locura o deficiencia mental en grado menor, los padres o tutores no tienen derecho a todos los secretos, sino tan sólo a aquellos que deben conocer en orden a poder cuidar de sus personas.

Los menores de edad y que han llegado al uso de razón y los mayores que viven con sus padres, presentan mayores dificultades.

MATERIA DEL SECRETO

En el Carnet de Colegiadas, firmamos una promesa que contiene globalmente toda la materia. «Prometo solemnemente ante Dios... guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se me confíen y asuntos de familia de que me entere en el desempeño de mi cometido...». Por lo tanto es materia del secreto profesional toda información confidencial acerca del paciente obtenida por la enfermera en el ejercicio de la profesión.

Deben concurrir ciertas condiciones:

— Que la noticia sea verdaderamente secreto. Si fuera público el hecho de que una persona padece cierta enfermedad, esto no puede obligar a secreto.

— Que la materia sea válida. Hay circunstancias en las que el bien público o particular exige se ponga en conocimiento de la autoridad competente. Es el caso de una enfermedad contagiosa.

— Que la confidencia sea recibida por la enfermera en el ejercicio de su profesión. Solamente en la relación enfermo-enfermera está la base del secreto profesional. Toda información confidencial hecha a una enfermera como amiga, caerá bajo el secreto natural, pero no en el profesional.

Es materia de secreto profesional:

— La enfermedad, cuando esta desvaloriza a la persona y su divulgación perjudica sus intereses personales o materiales.

— Circunstancias que concurren en la enfermedad y producirían efectos semejantes.

— Hechos relacionados con la enfermedad, de los que su divulgación no acarrearía perjuicios pero que el enfermo ha reclamado sobre ellos expresamente el secreto.

VIOLACIÓN DEL SECRETO

Todos los miembros de la profesión médica tienen obligación grave de guardar inviolablemente los secretos de sus enfermos. Esta obligación se debe por justicia.

El secreto puede ser violado, no sólo de palabra o por escrito, sino también por un movimiento de cabeza, un gesto, un encogerse de hombros, por cualquier acto significativo.

La violación del secreto, teóricamente es falta leve o grave según la naturaleza de lo revelado y el grado de perjuicio inferido al enfermo. En la práctica, casi siempre se pone en peligro el bien del enfermo.

REVELACIÓN DEL SECRETO

Ya hemos indicado que hay circunstancias en las que existe obligación moral de revelar el secreto.

— Un secreto profesional debe ser revelado siempre que su retención redunde en grave daño de la sociedad. Es el caso citado de una enfermedad altamente infecciosa y contagiosa.

— La enfermera puede revelar un secreto cuando al enfermo se le libra de grave daño. Podría ser el caso del enfermo que dice a la enfermera que se va a suicidar porque está cansado de vivir.

— Un secreto profesional debe ser revelado siempre que su mantenimiento redunde en grave daño de un tercer inocente. El caso de una transfusión de sangre que se va a practicar y que la enfermera sabe, por haber asistido al dador, que éste ha padecido recientemente una hepatitis, pero que no quiere manifestarlo porque necesita el dinero que va a cobrar.

— Un secreto puede ser revelado, siempre que su mantenimiento resultara en grave daño de la enfermera.

Si el enfermo causa voluntariamente grave daño a la enfermera, esta está ciertamente justificada de utilizar el secreto para proteger su derecho, en la medida en que pueda serle necesario.

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA LEY ECLESIAÍSTICA

La Iglesia protege el secreto profesional. El Cónon 1755 del Derecho Canónico, en el párrafo 1, dice que están exentos de declarar en juicio las siguientes personas: «...magistrados civiles, médicos, comadronas, abogados, notarios y otros obligados al secreto de oficio, aunque sólo sea por haber dado consejo en lo que atañe a asuntos que caen bajo secreto».

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA LEY CIVIL

El Código Penal Español no habla del secreto médico en particular, pero al hablar del secreto profesional, el personal sanitario queda incluido en la denominación «funcionario público», del que hablan los artículos 367 y 368. «El funcionario público que revelase los secretos de que tenga conocimiento por razón de oficio o entregara indebidamente papeles o copia de papeles que tenga a su cargo y no deban ser publicados, incurrirá en penas de suspensión y multa de 5000 a 10 000 pesetas».

Por otra parte, el artículo 371 obliga a los funcionarios públicos a declarar ante los Tribunales cuando sea requerido por la autoridad competente.

Y el artículo 576, obliga a los facultativos a dar parte inmediatamente de señales de envenenamiento o lesiones dudosas.

RESUMEN

El secreto debe guardarse siempre. Las excepciones enumeradas se darán pocas veces y cuando sea lícito u obligatorio revelarlo, han de observarse estas normas:

— El secreto debe revelarse sólo en la medida necesaria para cumplir con la obligación de revelarlo.

— Debe revelarse únicamente a la persona o personas que tienen derecho a la información.

La enfermera que vive plenamente su vocación, no necesita leyes que la obliguen a guardar el secreto, es el amor a sus enfermos el que la impulsa a respetar su intimidad.

En el libro de los Proverbios, 20, 19 leemos: «El chismoso no guarda secretos» y en el capítulo 10, 19 leemos en contraposición: «El que refrena su lengua, es sabio».

CURSILLOS DE ACTUALIZACION HOSPITALARIA

Por JOSÉ L. REDRADO, O.H.

INTRODUCCIÓN

Casi nos vemos obligados a hacer un balance de todo lo realizado en el año que hemos dejado atrás, 1974. Es como una tentación. 1974 ha sido un año lleno de contactos hospitalarios; los cursillos se han multiplicado: comunidades religiosas, instituciones sanitarias, enfermeras seglares, escuelas de ATS. Allí hemos acudido siempre que nuestra misión nos lo ha permitido. En estos contactos hemos encontrado: espacio, tiempo, personas diversas con las que meditar, estudiar, exigirse y abrir nuevos caminos a la entrega responsable de lo que hoy nos exige el hombre enfermo.

Todos hemos reflexionado juntos, con ilusión, con inquietudes, aunque el problema lo veamos arduo y difícil; aunque los caminos lleguen a ser desconocidos; aunque a veces estén sin trazar.

Hemos sido testigos de la esperanza que abriga este campo, de lo positivo y apropiado que es. Quienes formamos el equipo base —Ramón Ferreró, Cecilio Eserverri, José Manuel Arenal y José L. Redrado— damos fe de esta realidad.

A quienes el Señor ha llamado a una vocación de testigos en el mundo sanitario invitamos a que no dejen la antorcha y que la sepan mantener encendida. El hospital necesita hoy signos de vida y de esperanza, de gozo, de fiesta y resurrección. Pero, ¿cómo serlo si no lo alimentamos antes en nosotros?

Ojalá que estos encuentros mantenidos en 1974 hayan sido de estímulo, de concienciación, de mayor conocimiento, de nuevo despertar en favor de una asistencia integral al hombre enfermo.

Ojalá que estos encuentros hayan sembrado inquietudes; hayan confirmado a muchos en la necesidad de seguir luchando; hayan ayudado a superar sacrificios en favor de los que nos necesitan.

En los cursillos, a pesar de su limitación —poco tiempo, muy apretados, a veces sobrecargados— hemos querido presentar en ellos el hospital como en abanico, el hombre enfermo como totalidad, el grupo de sanitarios como comprometidos. Ojalá lo hayamos conseguido.

Sólo a título de información —y recopilando las ideas centrales— intentaremos sintetizar lo que a lo largo de varios encuentros se decía y se masticaba en el ambiente —exposiciones, grupos, coloquios, etc. En la primera parte se recogen los esquemas de algunos temas tratados, quizá los centrales. La segunda parte es síntesis de diversos grupos de cursillistas. Las conclusiones finales quieren enmarcar las ideas que más se repiten y apuntan sobre todo a detectar los aspectos que todavía faltan para una mejor asistencia al enfermo.

Síntesis de los temas tratados

VISIÓN TÉCNICA

Del hospital de ayer al de mañana: El hospital de ayer y sus características. — El hospital de hoy: nuevos planteamientos. signos de los tiempos y sus repercusiones, visión prospectiva de la salud mundial: medio social, coste de asistencia, prevención de las enfermedades. — El hospital de mañana está naciendo: exigencias: Organigramas, reglamentos, dirección y juntas asesoras, sistemas de control, departamento de personal.

Importancia del personal de enfermería: revalorización, situación actual y causas.

Qué es la enfermería: Definición del servicio. Ubicación o ámbito dentro del hospital. Horarios de actuación. Funciones del servicio de enfermería. Dependencias jerárquicas. Plantilla. Coordinación con otros departamentos y servicios. Inventario.

CÓMO SE ORGANIZA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA

Funciones empresariales: Operaciones técnicas: producción, transformación. Operación comercial: compras, ventas e intercambios. Operación financiera: gestión, obtención de capitales. Operación de seguridad: protección de bienes y personas. Operación contable: inventarios, balances, costos, estadísticas. Operación directiva: programación, organización, mando, control.

Funciones de relación humano-asistenciales: Médico-asistenciales: anatomía, fisiología, patología. Sociales: entrevistas, grupos, demografía. Psicología: comprensión, emotividad, equilibrio. Trascendentales: historia de las religiones, pastoral.

Funciones de Control y calidad: Organización de enfermería: sección de empleo, formación, salarios, legislación, seguridad social. Dirección: oír, hablar, leer, escribir, «pasear». Control de Calidad: encuestas, investigación técnica. Formación continuada: ampliación de conocimientos humanos y profesionales.

VISIÓN HUMANA

EL ENFERMO Y SU ENFERMAR: REPERCUSIONES Y REACCIONES

La enfermedad y el sufrimiento como amenaza: El hombre sano: tendencia al bienestar y felicidad. — El hombre enfermo: experiencia del enfermar. — El enfermo es una persona: Su dignidad y sus derechos. Relación entre lo somático y lo psicológico. Conciencia del enfermar: vivencias, sentimientos, reacciones. — Ambiente, cultura, circunstancias que rodean al enfermo.

Atención al hombre que sufre: La técnica al servicio del hombre: Lo positivo y lo negativo de la técnica. — La deshumanización no está en la técnica. — Preparemos hombres que sepan usar las técnicas y estén presentes entre los hombres.

LA HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL. ATENCIÓN A TODAS LAS FACETAS: SOMÁTICA, PSÍQUICA, SOCIAL Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

El hombre es la medida de todas las cosas. Según la OMS Salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad.

De ahí se deduce que no se puede devolver la salud solamente venciendo a la enfermedad. Se precisa la atención a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Las enfermedades somáticas nos son comunes con los animales. Ellos, igual que el hombre, pueden enfermar de infecciones, traumatismos, disfuncionalismos, etcétera.

Pero, sólo el hombre enferma psíquicamente y aun la enfermedad corporal la padece con una alteración de su destino. Sabe que su enfermedad interfiere en su futuro ya sea corporal, familiar, económico o social.

Por ello si queremos hacer la asistencia al hombre más humana, no basta con ponernos al día en lo técnico, sino que hemos de procurar que toda la organización y planificación de la salud tenga en cuenta las diversas facetas del ser humano.

Consideraciones sobre la enfermedad del ser humano.
Cambio mental del personal: El dolor físico en el enfermar. La caída del valetudo (o sensación de validez). Alteración del instante biográfico del enfermo. Alteración del instante histórico-social del entorno. Vivencia de la proximidad de la muerte o de la invalidez.

La humanización del hospital en lo arquitectónico: Influencia de lo arquitectónico en el ánimo del enfermo: hospital de niños, ancianos, etc. Desaparición de salas comunes y uso de habitaciones individuales. Ambientación: color, ruidos, servicios, comida, cama, utensilios personales, música, espacios disponibles para esparcimiento, reposo, reuniones, etc.

La humanización del hospital en lo organizativo: Normas de gestión y organización conocidas por los usuarios. Acreditación del hospital. Dirección colegiada, a ser posible con intervención de la propia sociedad y enfermos. Existencia de Juntas asesoras y comités diversos. Garantía de calidad asistencial. La existencia de los servicios de asistencia social y religiosa. Las asociaciones de voluntarios.

La humanización del hospital en lo asistencial: El primer paso para que el hospital sea humano es que las personas que trabajan en él sepan en qué consiste ello y lo quieran conseguir. Para ésto se requiere un claro concepto de los objetivos que el hospital se propone al abrir sus puertas a la sociedad (Reglamentos, Instrucciones permanentes, etc.). Selección cuidadosa del personal. Con arreglo a sus principios filosóficos. Promoción del personal en todos los campos de la asistencia: Reciclaje. Cuidadosa atención a los departamentos de admisión y relaciones públicas. Las relaciones humanas dentro del hospital: entre profesionales y entre éstos y el enfermo. Información periódica a la sociedad de las actividades y proyectos del hospital.

VISIÓN CRISTIANA

VALOR ANTROPOLÓGICO Y SOBRENATURAL DEL SUFRIMIENTO HUMANO

Introducción etiológica: Enfermabilidad y enfermedad. El sufrimiento en la historia del hombre.

Vertiente antropológica del sufrimiento: ¿Sólo es un mal el dolor?

Valores entitativos: para el propio sufriente. El dolor en sí. Experiencia vivencial. — Expresión de lo que el hombre es. Experiencia de la frontera creatural: vivencia de la condición humana. Temblor madurativo de la persona. Ocasión de encuentro consigo mismos. *Humildad.* Apertura indigencial al «nosotros». *Solidaridad.* Impulso original de progreso y desarrollo. *Historia.* Apertura a la vivencia religiosa.

Valores dialógicos: para los que forman su entorno social. El dolor ante nosotros. Socialidad del dolor. — Despertador de virtudes asistenciales. Tensión madurativa en el servicio. Exigencia práctica y habitual de «olvido de sí mismo». Superación del egoísmo. El enfermo nos hace mejores. Interpelación reflexiva: sentido de la vida y del dolor, del amor y del trabajo. Llamada a lo trascendente.

Vertiente teológica del sufrimiento humano: interpretación del dolor y de la muerte. — La otra cara de la realidad misteriosa del dolor: el misterio de la Encarnación. La redención dolorosa. La resurrección definitiva. — Transformación cristiana del sufrimiento: El Evangelio no es dolorista. El Amor exige luchar contra el sufrimiento. Pero el sufrir se transforma y se trasciende de un nuevo valor de significado y de sentido. Comunión con Cristo y encuentro social con Él.

Axiología cristiana del dolor en el que sufre: Comunión personal, vital, con Cristo. Precisamente en la condición humana elegida por Él. Corredores con el Redentor. Comunión con la Iglesia. Testigos del Amor que salva. Continuadores de Cristo. Gloria de Dios en Él. Bienaventurados los que sufren.

Para los que ven sufrir al hermano: Somos deudores de los que padecen. Son «presencia» de Cristo sufriente. Encuentro personal con el Cristo indigente: «Tuve hambre, sed y soledad». Llamada a la conversión. Son profetas y palabra de Dios para nosotros. Grito de la tragedia del pecado: la mayor enfermedad y la peor muerte. Profetas de la esperanza.

La mística alegría cristiana en el dolor: Sufrimiento humano y sacramentos: Aspectos: pascual, apostólico, escatológico del dolor del hombre redimido por Cristo.

PASTORAL NUEVA EN UN HOSPITAL MODERNO

Introducción: Signos de aceleración que influyen en el hombre (Cf. *Populorum progressio*, n.º 6, *Gaudium et Spes*, n.º 4).

Repercusiones en la pasotral hospitalaria: Avance de la técnica. Del hospital benéfico al hospital-empresa. Peligro de la deshumanización.

Necesidad de presencia de Iglesia en el hospital: Presencia de ayer. Interrogantes de hoy: nuevas estructuras, nuevas ideas, nuevas personas. Condicionamientos.

Caminar hacia una pastoral más dinámica: Fundamentos: Palabra de Dios. Las personas sujeto de esta pastoral. — Qué es la pastoral hospitalaria: definición, renovación, dificultades.

Planificación pastoral: El servicio religioso en el hospital. Plan pastoral y alcance del mismo. La pastoral, responsabilidad de todos: colaboración a distintos niveles, compromiso.

LA RELIGIOSA SANITARIA EN EL HOSPITAL DE HOY

Mirando al futuro de la vida religiosa: Exigencias de evolución y desarrollo. Vuelta a Cristo y atención a las necesidades actuales. Reevangelización de la vida religiosa.

Signos característicos y repercusiones: Secularización progresiva. Tecnificación. Cambios sociales. Vivencias y resistencias al cambio.

La religiosa en el hospital de hoy: Presencia eficaz y encarnación; exigencias para esta realidad. — *Cualidades humanas:* Sensibilidad, capacidad de diálogo, sentido de responsabilidad. — *Cualidades intelectuales:* Preparación técnica acomodada al puesto que ocupa. — *Cualidades-virtudes sobrenaturales:* Espíritu de fe, esperanza, caridad, abnegación. Espíritu de Iglesia.

Es preciso que la religiosa sepa acoger, participar, interpretar e influir en las estructuras y costumbres del hospital; luche por el progreso y la justicia.

No perder de vista el servicio al mundo y cada vez más a título individual y profesional; ello exige preparación conveniente para un trabajo en colaboración y una formación en orden a una mayor responsabilidad.

Centrar la atención en los puntos siguientes: Valor esencial de la vida consagrada. Nuevas formas de inserción. Auscultar los signos de los tiempos. Preparación de elementos cualificados. Formar para un verdadero testimonio.

Esta nueva forma de inserción requiere una manera nueva de ver y comprender. No se trata de cambiar cosas, sino mentalidades, cambiar actitudes.

La religiosa debe distinguirse por su signo y testimonio, pero no debe ser persona distinta en el hospital.

Metida en las estructuras del hospital y con un verdadero conocimiento de la evolución rápida y constante a que debe estar sometida, la religiosa adquirirá mayor conciencia de su integración, igualdad, solidaridad, colaboración, competencia, responsabilidad y necesidad de una mayor reflexión.

TRABAJO DE LOS GRUPOS

EL HOSPITAL: Se preguntaba por su evolución, organización, posturas, inconvenientes y cooperación de las religiosas.

<i>Dificultades que ven las religiosas</i>	<i>Soluciones</i>
Nos falta tiempo	Mejor distribución de horarios. — Poner más personal en el hospital. — Mentalizar sobre la necesidad de realizar un trabajo ordenado y razonable.
Existe comodidad y facilidad de vida (pereza mental)	Ayudar a sentir la necesidad de formación. — Tomar conciencia, responsabilizarse.
Nos falta preparación	Adquirir títulos convenientes. — Dar los medios necesarios. — Cursos y reflexiones comunitarias. — Formar un grupo que ayude a las comunidades a reflexionar.
Falta mentalización en las superiores	Formarlas para que sepan discernir y coordinar. — Elegir a las mejores. — Cursos de actualización para ellas. — Respetar el principio de subsidiaridad.
Falta organización en el hospital	Conocer la realidad hospitalaria. — Fijar objetivos, etapas y medios. — Formación hospitalaria.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL HOSPITAL PRIVADO FRENTE AL PÚBLICO

El hospital privado se considera, en general, *más humanizado* que el público: Personal más cercano al enfermo. El enfermo puede elegir su propio médico. Personal más responsable.

—¿Inconvenientes?

—Falta de organización. Carece de equipos técnicos (se escatiman gastos).

—¿La técnica y su utilización aprovecha o deshumaniza al hospital?

—Se dan diferencias notables entre instituciones oficiales y privadas: La técnica no deshumaniza al hospital, al contrario, lo ayuda: A un más rápido diagnóstico. A un mejor tratamiento y rehabilitación. En el proceso preventivo.

Lo negativo de la técnica está en la manera de utilizarla.

—¿Lo psicológico y lo social se tienen en cuenta en su hospital? ¿En qué?

—En general no: Falta de formación psicológica y social. Falta de atención personal al enfermo. Falta de tiempo.

No siempre ocurre así; en algunos casos se atiende muy bien al enfermo en sus diferentes problemas.

—¿Estado actual de la enfermería en su hospital?

—En algunos centros se constata, como positivo: Mejor preparación del personal a nivel humano. Se dan reuniones del médico con el personal sanitario.

Junto a esto, existe también: Dificultades en las relaciones enfermeras-estudiantes, debido a la falta de monitoras responsables del personal estudiante. En los consultorios falta atención personal al enfermo (masificación).

—¿Ideas que aportan para una enfermería más humanizada?

—Importancia de una mayor selección del personal (vocacionado). Formación completa humano-psicológica-espiritual: cursos, lecturas, reuniones. Revisión y adaptación de los programas de enfermería. Evitar una sobrecarga de trabajo en el personal.

—¿Razones que propone para que la enfermería sea más científica?

—Actualizar el programa de enfermería. Revalorizar la profesión. Delimitar las funciones hospitalarias a todo nivel. Urge la formación permanente mediante un programa educacional durante las horas de trabajo. Estimular al personal a una mayor comunicación y trato entre sí y con el enfermo.

SOBRE LA ATENCIÓN HUMANA

—¿Tienen acceso y leen habitualmente las historias clínicas de los enfermos que tratan? Si no es así, ¿cómo detectan los aspectos psico y sociológicos?

—En general tenemos acceso a las historias clínicas, aunque, normalmente éstas se limitan al proceso de la enfermedad. Los aspectos psico-sociológicos se detectan en nuestras relaciones con el enfermo y familiares.

—¿Conocen los aspectos administrativos y económicos del Centro en que trabajan?

—En general, no.

—¿Participan en alguna reunión en que se estudien los problemas del Centro y se pida opinión para corregirlos?

—En general, no. Sólo en algunos Centros existen reuniones pero no participa el personal sanitario.

—¿Creen que la participación del personal en este tipo de reuniones sería positiva o negativa? ¿Por qué?

—La creemos positiva siempre que las reuniones sean bien dirigidas y se busque solución a los diferentes problemas.

—Refiera aspectos positivos y negativos de la humanización de su Centro en lo arquitectónico.

—Los Centros de edificación moderna están contruidos en función del enfermo; no así los antiguos.

—Organizativo.

—En general, falta organización a todos los niveles.

—*Asistencial.*

—Deficiencia en la asistencia al enfermo: Falta de personal profesional (médicos de guardia, enfermeras de noche). Falta de selección de personal.

En algunos Centros el enfermo es tratado más humanamente en la totalidad de su persona.

—*¿Cómo descubrimos las necesidades del enfermo?*

—Por medio de un contacto humano y personal con el enfermo y familiares (escuchándolos, dándoles seguridad, trato familiar, etc.).

—*¿Se atiende a signos externos?*

—Sí, pero no como se debiera.

—*¿Se satisfacen ansiedades y preocupaciones?*

—En general sabemos detectar los signos externos del enfermo, pero no siempre satisfacemos sus necesidades.

—*¿Cuáles son los fallos más notables en este campo?*

—Personal no vocacionado. Formación deficiente. Falta de organización. Sobrecarga de trabajo.

—*¿Cuáles son las causas de la falta de humanización en los hospitales?*

—Falta de interés del personal. Escasa formación e información a todos los niveles. Deficiencia en las relaciones humanas. Organización deficiente del hospital.

—*¿Dónde convendría insistir más para influir y crear un ambiente más humano en el hospital?*

—En el personal sanitario (selección, formación continuada). En la organización (reuniones periódicas para evaluar personal y trabajo). Importancia del departamento de admisión (hacer más humano este primer contacto del enfermo con el hospital).

LA TÉCNICA

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas: Mayor rendimiento y perfección en el estudio y diagnóstico de la enfermedad. Ganancia de tiempo. Permite mejor organización. Facilita el trabajo en equipo.

Inconvenientes: Deshumanización del hospital y de su personal: cosificando al enfermo, frialdad en las relaciones. No estar preparados para manejarla, lo que hace que la técnica nos absorba. Hacer de la técnica un ídolo.

En la práctica, ¿quiénes, dónde, cuándo y cómo realizar una humanización en el hospital que repercuta positivamente en el enfermo y en el personal?

Quiénes: personal del hospital, sobre todo el directivo.

Dónde: Ingreso-admisión. Habitación. Gabinete de reconocimiento. Urgencias.

Cuándo: Cuando el enfermo está solo. Antes de la intervención. Al hacerle un servicio. En la proximidad de la muerte.

Cómo: Por controles. Actualizando al personal en todas las facetas. Reuniones periódicas.

ENCUENTRO INTERPERSONAL CON EL ENFERMO

CUALIDADES NECESARIAS PARA QUE SE DÉ ESTE ENCUENTRO

Conocer el estado psicológico del enfermo. Ser muy comprensivos y humanos; espíritu de entrega y de servicio. Trato sencillo y agradable. Inspirarle confianza. Interesarse por su estado de ánimo, enfermedad, necesidades, problemas. Tener mucha paciencia para saber aceptar sus rarezas. Sentirnos responsables de su persona. Aceptarlo tal y como es; mejor, tal y como se siente.

DIFICULTADES DE ESTE ENCUENTRO

Por parte de las religiosas: El no vivir con ilusión la consagración al enfermo. Desequilibrio personal y falta de dominio. Exceso de trabajo; dejarse llevar de la rutina. El no tener una dedicación total y exclusiva al enfermo por dedicarse a otros menesteres. El encontrarse en situación problemática.

Por parte del enfermo: El no aceptar a la religiosa. Su falta de colaboración; enfermos exigentes. El llegar a un estado crónico de permanencia en el hospital. A veces no se abren porque nos ven vulgares.

Por parte del ambiente: Falta de colaboración en equipo con médicos y enfermeras. El no contar con personal preparado humana y técnicamente. La familia puede ser un obstáculo en este encuentro.

A qué nivel se realiza el encuentro humano. A veces se realiza este encuentro en un plan funcional, de trabajo. Pero el verdadero encuentro es el de amistad. El enfermo se abre, confía, encuentra un apoyo que le ayudará a superar parte de su enfermedad.

Situaciones diversas de este encuentro. Si el enfermo está muy grave exige buen trato, delicadeza esmerada y, sobre todo, la técnica y la medicina para sacarlo cuanto antes del estado de gravedad. El cuidado depende de la importancia que el mismo enfermo dé a su enfermedad, de los diversos factores y necesidades concretas, del ambiente social y familiar, etc.

Papel de la religiosa en este encuentro. Puede favorecerlo: Siendo muy humana, conociéndole para saber cómo actuar. No contentarse con la aplicación de cual-

quier servicio, si con el semblante le damos a conocer que lo hacemos a disgusto. La palabra amable acompañada al servicio que se le presta tiene siempre un eco muy positivo en el enfermo.

REACCIONES Y VIVENCIAS DEL ENFERMO

Importancia que se da a la persona enferma: Es importante valorar y utilizar la técnica con todas sus ventajas, y pensar y valorar cada vez más las personas; en concreto unir ambos objetivos en una misma misión: curar. Hay que buscar el equilibrio, para que sin perder eficacia en los medios técnicos, se tengan en cuenta los factores psicológicos. Hay que tener en cuenta cada modo de enfermar, cada caso es distinto. La relación médico-enfermo la vemos muy necesaria por el impacto que se recibe y por la eficacia para la salud del enfermo.

Sentimientos que viven los enfermos: Estar enfermo es ser extraño, entre gente extraña; soportar la incertidumbre, la soledad; esta crisis de equilibrio necesita atenciones especiales. Habrá que evitar: que el enfermo sea considerado como un número; factores deshumanizantes del hospital. Habrá que potenciar: las cualidades humanas del personal; el ambiente de seguridad y tranquilidad.

Momentos de mayor impacto de la enfermedad en la persona: En el momento de decisión de internamiento en el hospital. Ante la operación. Según que diagnóstico se sepa realmente o no. En enfermedades de larga duración.

Ayuda de la religiosa en esta vivencia: Cada enfermo es distinto, habrá que conocerlos. Tratar de comprenderlos, de hacerles útiles, levantar siempre el ánimo. Ser enfermera cabal, auténtica, para llegar al hombre total.

SOBRE LA ATENCIÓN RELIGIOSA

—*La enfermedad y el sufrimiento son un mal en sí; pero en el hombre pueden ser un bien. ¿Qué experiencia tenemos y tiene la gente de esta realidad? La forma de atender la enfermedad y de vivirla en la propia carne, ¿comprobamos —en nuestra experiencia de sanitarias— que es «madurativa» para el enfermo, los suyos y aun nosotros?*

—En general, el sufrimiento «madura» y humaniza a la persona (enfermo, familiares, personal sanitario...), bien que en esto influye la formación, el ambiente, la situación social.

La experiencia nos demuestra que, en muchas ocasiones, el sufrimiento es un medio que nos ayuda a un mejor encuentro con Dios, y esto, aun a pesar de que la primera reacción sea de rebeldía con Dios, con el personal sanitario, consigo mismo...

—*La «anestesia» al dolor ajeno tiene mucho de inmaduro: es falta de «resonancia» en nosotros del gran drama humano y es insolidaridad. ¿Se da mucho en nosotros y en nuestro mundo sanitario este fenómeno?*

—Fuera de situaciones graves (accidentes en gente joven, dramas familiares, etc.) nos hacemos insensibles al dolor. Es difícil penetrar en el dolor ajeno cuando no se ha experimentado personalmente.

Se constata, en general, mayor insensibilidad cuando el nivel cultural es más bajo.

—*¿Profundizamos en el misterio cristiano del dolor y el sufrimiento del hombre, nosotros, que hemos de ser «testigos» de la Revelación? ¿Qué experiencias o fuentes podemos comunicarnos aquí para enriquecimiento de todos?*

—Excepto en casos críticos, no profundizamos en el misterio del dolor; ello es debido a: formación deficiente a nivel humano y teológico; falta de vivencia de los valores y deberes cristianos.

Sin embargo vemos que el sufrimiento ha sido, en no pocos casos, motivo de un retorno a Dios, tanto en el enfermo y su familia, como en el personal.

—*Metodológicamente, en la práctica, ¿qué hacemos y qué nos parece —ahora y aquí— que podría hacerse para acercar este Misterio a nuestros enfermos, sensibilizarlos y abrirles a la vivencia cristiana del dolor? Es mucho más que simple atención religiosa tipo «servicio».*

—Hacernos presentes y cercanas al enfermo en un trato humano-cristiano.

Sensibilizar al personal a esta postura por medio de encuentros, charlas, conferencias alusivas.

—*¿El servicio sacramental —penitencia, comunión eucarística, unción de los enfermos—, se queda en la práctica en rito mágico, supersticioso y psicológicamente confortador o transparenta esta fe nuestra en todo el valor teológico del «sufrimiento en el hombre»?*

—Opinamos que, antes predominaba esta idea de «rito mágico», supersticioso (sacramentalismo); hoy estamos descubriendo el verdadero sentido de los sacramentos de enfermos.

Tendemos a un mayor respeto a la persona tanto más cuanto creemos que debe dejarse a la iniciativa del enfermo la recepción de los sacramentos, ya que lo que importa es que avance en el camino de la fe. Para ello es importante una «catequesis» continuada del enfermo y familiares.

—*Enumeren experiencias de pastoral en su hospital.*

—Programas de formación de pastoral para todo el personal. Conferencias sobre temas humanos. Grupos de trabajo por los enfermos sobre temas preparados y estudiados por ellos mismos. Clases de formación escolar y humana, dadas por los propios enfermos y el personal a niños enfermos de larga estancia. Liturgias preparadas por los propios enfermos.

—¿Cuáles son las mayores dificultades de la pastoral en el hospital?

—El hecho de que el «servicio religioso» no se considere y valore como uno de tantos servicios del hospital. Indiferencia religiosa y falta de motivaciones en el personal. Falta de formación y valoración de la pastoral en los distintos niveles (capellán, religioso, laicos).

—¿Qué sugieren para realizar en el hospital una pastoral coordinada y eficaz?

—Organizar un comité de pastoral bajo la iniciativa del capellán pero abierto a todo el personal hospitalario. Sensibilizar al personal en esta tarea. Estimular al propio enfermo en aquellos sectores de la pastoral que están a su alcance: estudio en grupos de temas humano-religiosos; clases de formación; colaboración en la liturgia, etc.

—¿Cómo ven lo religioso y la pastoral en el hospital?

—Hay que enterarse antes cómo vienen los enfermos. Nos faltan ideas y organización. Hay que entrar por las propias realidades del enfermo. Es Dios quien salva, pero debemos apoyar adecuadamente. Debemos respetar la libertad del enfermo y su conciencia, pero debemos ofrecerle elementos suficientes para que elija libremente.

—¿Cómo ven su colaboración pastoral en el hospital?

—*Dificultades:* Estar más acostumbradas a trabajar en grupo que en equipo. Falta preparación. Nos faltan estudios sobre pastoral hospitalaria. Nos sentimos acomplejadas y esto impide lanzarnos.

Campos: No entorpecer. Poner los valores humanos a disposición. Ayudar, apoyar toda la realidad pastoral. Reflexión conjunta de toda la comunidad.

DIALOGO PASTORAL CON EL ENFERMO

Situación religiosa de los enfermos: El enfermo viene al hospital a curarse, esto les absorbe de tal forma que echan en olvido lo religioso. Son minoría los que valoran totalmente su situación. Cuando el enfermo pide algo relacionado con lo religioso suele ser casi siempre sacramentos.

Dios y la enfermedad: La noción de Dios está muy olvidada, es como un desconocido; de ahí también el sentido peyorativo de la enfermedad como castigo, un mal. La enfermedad, sin embargo, es siempre un interrogante que puede favorecer el encuentro con la Verdad, consigo mismo y con lo auténtico.

Cómo descubrir las necesidades religiosas: Estar atentos a los centros de interés de los enfermos. Relación humana, de persona a persona.

Diálogo pastoral: Difícil si no tenemos presente al hombre total; también hay sus niveles y en la práctica

es más fácil comenzar por lo humano y psicológico. — Los caminos de realización pueden ser: diagnóstico, descubrimiento de la realidad; programación: fin y objetivos; organización y coordinación, desde un consejo de pastoral, de todos los elementos y personas que intervienen en la realidad del hospital.

La religiosa en el hospital

Sentido de su presencia: vivenciar la entrega y el servicio, comunicación de esperanza.

Este sentido de presencia se traduce en actitudes, en signos externos, en acciones: comprensión, confianza, buena acogida, colaboración, responsabilidad, cumplimiento del trabajo y equilibrio.

No obstante, no siempre es fácil llegar a realizar positivamente todo lo deseado; nuestros caminos están sembrados también de dificultades: falta de tiempo, la prisa en que vivimos; el desconocimiento de la situación real del enfermo; desconocimiento de la problemática hospitalaria actual; nuestras propias situaciones y limitaciones; nuestras faltas de colaboración, iniciativa y diálogo.

Hay que dar respuesta al porqué de nuestra presencia en el hospital: nuestra vocación de consagradas debe ser signo para los demás; con nuestra entrega a la hospitalidad continuamos en el medio hospitalario los signos de Cristo: acogida, servicio y liberación del enfermo y del necesitado. La Iglesia nos envía a cumplir esta realidad y a hacerla presente en este medio ambiente.

CONCLUSIONES FINALES

A lo largo de todo lo que venimos diciendo hemos podido comprobar lo positivo de estos encuentros, el intercambio y promoción que aportan. En toda reflexión caemos una vez más en la cuenta de lo exigente de nuestra misión, de la preparación que supone, de las fuerzas con que contamos, cómo estamos, qué queremos, qué podemos.

A pesar de los esfuerzos, grandes, positivos; a pesar de lo alcanzado, nos queda mucho camino por recorrer, lo dicen un poco las conclusiones siguientes:

- Falta en los hospitales una buena planificación y coordinación.
- Falta personal vocacionado y preparado para una atención total al enfermo.
- Faltan en el personal sanitario formación y criterios sobre organización hospitalaria para captar los nuevos problemas que presenta el hospital moderno.
- Existe en los centros sanitarios una gran deshumanización; se atribuye a falta de organización,

falta de personal formado e interesado, al exceso de trabajo y a la falta de un trabajo en equipo.

- Existe desconexión entre la reflexión y la vida en el hospital; se reflexiona y se lee poco.
- Se constata que pasamos superficialmente por la vida de los enfermos; necesitamos pensar más sobre el dolor y la enfermedad, ahondar en el sentido teológico.
- Se nota gran desconocimiento y despreocupación por parte de los responsables —curias diocesanas, sacerdotes y religiosas— sobre el tema de los enfermos, sus necesidades y exigencias.
- Se constata, en general, gran desconocimiento de lo que es la pastoral de enfermos; los hospitales

no piensan en una organización, no sienten la necesidad, y las curias diocesanas se ve que tienen otros problemas más urgentes.

- Faltan capellanes con vocación y dedicación al hospital.
- El enfermo crónico no tiene tampoco suficiente acogida en el medio familiar, social, parroquial. La parroquia no tiene una organización pastoral orientada a los enfermos.
- Es necesario que se tome conciencia del problema y se creen unas formas prácticas lo suficientemente ágiles que permitan una mayor formación, sensibilidad y compromiso de las personas a distintos niveles.



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

La pastoral de Sacramentos de los enfermos

Por CLAUDIO HORTEMANN, M. I.

III

LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

SIGNO ESPECIAL DE LA PRESENCIA DE CRISTO

Sacramento específico de la situación patológica, la Unción de los enfermos es paradójicamente el sacramento que con menos frecuencia administro a los enfermos que no están próximos a morir, porque conserva todavía, para la mayor parte de los cristianos, la imagen de sacramento de los moribundos, tal como la ha marcado el desplazamiento de la práctica litúrgica a lo largo de los siglos.

Si se quiere devolver este sacramento a los enfermos en general, a fin de que se beneficien de un signo especial de la presencia de Cristo, se impone un cierto número de exigencias. Diré aquellas que me parecen más importantes hoy.

UNA PRESENTACIÓN NUEVA DE LA UNCIÓN

Es necesario presentar la Unción liberando su fisonomía de múltiples deformaciones.

LA UNCIÓN NO ES EL SACRAMENTO QUE PREPARA A LA MUERTE

No se trata de sacrificar la mentalidad moderna de Occidente que se obstina en camuflar la muerte, convertida en el nuevo tabú de nuestra generación (5). Pero es necesario rechazar el bloqueo Unción-muerte, tal como fue efectuado después del siglo VIII, por razones completamente fortuitas (6).

LA UNCIÓN NO ES UN SACRAMENTO DE PENITENCIA

Reducir su significado a un efecto penitencial equivale a quitarle todo sentido específico. Es hacer un doble de la penitencia, para uso de los enfermos.

Pero no se ve por qué los enfermos necesitarían otro sacramento del perdón distinto del destinado por la Iglesia para todos los cristianos (7). La necesidad del perdón no caracteriza más la situación patológica que

otra fase de la existencia. Indudablemente la Unción puede perdonar los pecados graves en el caso de imposibilidad de administrar la penitencia. Lo puede como otros sacramentos, la Eucaristía por ejemplo (8). Pero este efecto penitencial no constituye su figura original. Por otra parte, la sobreestimación de la remisión de los pecados por la Unción corre el riesgo de convertirse desgraciadamente en garante de la relación causal pecado-enfermedad, pecado-accidente, tan espontánea en muchas mentalidades, y que el mismo Jesús rechazó repetidas veces (Mt. 9, 1-8; Jn. 9, 3; Lc. 13, 2) (9).

Hay que subrayar que en el nuevo ritual, la fórmula que acompaña a las unciones concede un lugar secundario a la remisión del pecado. Podemos lamentar sin embargo que, por la preocupación de ser fieles al texto de Santiago 5, 15, del que la fórmula tiene la ventaja de tomar los dos términos más importantes, la mención del pecado no vaya después de la de la salvación y el alivio que especifican la finalidad de la Unción.

LA UNCIÓN DA UN SENTIDO A LA SITUACIÓN PATOLÓGICA

Ahora bien, esta situación se caracteriza, en primer lugar, por la ruptura de la unidad del ser. La armonía cuerpo-espíritu es quebrada por la defección del cuerpo que escapa al poder del espíritu. La enfermedad determina otrosí el trastorno del ambiente circundante: la hospitalización exilia al enfermo, con frecuencia lejos de su universo habitual; los compromisos que le unían a la sociedad desaparecen; su relación con los demás queda marcada por la dependencia. De ello resulta una crisis de comunicación con los demás y con el mundo. Finalmente, la enfermedad desenmascara la perspectiva de la muerte como una eventualidad quizás próxima, y en todo caso como una amenaza que siempre está ahí.

CRISTO OFRECE AL ENFERMO LA ENERGÍA ESPIRITUAL NECESARIA

La Unción manifiesta la presencia de Cristo en los diferentes aspectos de esta situación, por el gesto fraterno de la imposición de las manos y de las unciones de aceite. Para nuestros contemporáneos sensibles al len-

guaje de gestos que expresan una solidaridad, el gesto fraterno mismo es ciertamente más significativo que el simbolismo del aceite, completamente devaluado en nuestros días. Por la Unción, Cristo ofrece al enfermo la energía espiritual necesaria para que acepte su cuerpo y luche por su reunificación, para que pueda profundizar su comunicación con los demás y con el mundo, a pesar del trastorno de sus relaciones habituales, y para que dé a la eventualidad de la muerte el sentido de un acontecimiento que lo introduce en la comunión total con Dios y con los demás.

De manera especial ha de recobrar su valor, ante el enfermo y quienes le rodean, la dimensión comunitaria de la Unción, ya que es la más olvidada.

CRISTO COMUNICA AL ENFERMO SU PODER DE AMAR

El sacramento compromete al enfermo a no replegarse sobre sí mismo, a salvaguardar la calidad de su relación con los demás, comprometida por el sufrimiento y las limitaciones impuestas por la enfermedad. Cristo comunica al enfermo su poder de amar, el poder de un hombre que sufrió en su cuerpo y que fue hasta el final del amor a los demás desde el corazón mismo del sufrimiento. Ofrece la participación de este amor a los demás; amor que se enfrentó con el sufrimiento y que se afirmó en él. De este modo la dependencia puede convertirse en el lugar de un encuentro más profundo con los demás, de una comunicación más auténtica. Cristo hace al enfermo responsable de la manifestación de su amor fraterno en el corazón mismo de la prueba. La Unción no invita, pues, al enfermo a una actitud de asistido permanente. El sacramento invita al amor a los demás vivido más poderosamente sin duda, porque sometido a los *handicaps*, con frecuencia duros, de la enfermedad.

Invita asimismo al enfermo a reconocer la venida de Cristo al centro mismo de los esfuerzos desplegados por el personal sanitario y de toda la asistencia prestada por parientes y amigos. En este sentido la Unción no es un acto efímero. En el gesto de la imposición de las manos y de las unciones asume toda la asistencia al enfermo por parte del ambiente sanitario y de quienes le rodean, asistencia portadora de Cristo, animada por el Espíritu de Cristo. Interpela por tanto a todos aquellos que prestan servicio: ¿Tiene éste un rostro evangélico?

Es preferible no presentar la Unción como sacramento de la curación corporal, para no mantener falsas esperanzas ni provocar crueles desilusiones. Ello no significa que Cristo no pueda curar al enfermo por medio o no de la Unción (10). Pero el Sacramento, que aporta Cristo, supera ampliamente la curación de enfermedades y dolencias. Es la entrada en una comunión con Dios que hace posible la comunión del hombre con todos los hombres. Pero no garantiza la ausencia de prueba. No ofrece al hombre la certeza de escapar a la enfermedad y a la muerte. Los sacramentos, acciones de Cristo, no podrían proponer otra salvación.

VIVIR ES ESTAR CON LOS DEMÁS, ESTAR CON DIOS

Pero la Unción no olvida sin embargo el deseo de vivir del enfermo. Lejos de minimizarlo, lo asume, porque el sacramento está en la dirección de la plenitud a la que Dios destina al hombre. Pero lo invita a una conversión. El ansia de vivir del cristiano no puede ser un simple apego biológico a la existencia. El cristiano debe prestar su consenso a la eventualidad de la muerte, no como al fracaso de la vida, sino como al acceso necesario a la totalidad de la Vida revelada por Cristo.

El concepto de vida es, por otra parte, ambiguo, cuando se trata del hombre. Para el hombre, vivir no significa únicamente durar de una manera biológica. Vivir es estar: con los demás, estar con Dios. Querer la curación no podría ser querer el solo restablecimiento del equilibrio somático, sino el desear esa restauración para vivir sin impedimento patológico la relación con los demás y con Dios. Sin embargo la curación no siempre es posible. El cristiano cree entonces que la muerte no es la destrucción absoluta de la vida, de su estar con los demás y con Dios. La muerte lo introduce en una modalidad nueva de existencia que le devolverá definitivamente, y en plenitud, la unidad cuerpo-espíritu y la relación con los demás y con Dios. El deseo de vivir no encontrará su satisfacción sino más allá de la muerte.

A esta voluntad de vida total debe ser conducido el enfermo a través del combate doloroso por mantener su vida aquí abajo, a través de la agonía que representa el consentir ser despojado de una manera radical de todo lo que constituye el valor de la vida presente. El cristiano sabe que no está solo en esta lucha, sino que le acompaña Aquél que vivió, en su propia carne, la agonía del hombre.

En esta perspectiva, la curación que desea el enfermo no puede ser solamente el retorno a la salud del cuerpo. Aquella es más: la posibilidad de vivir más evangélicamente la relación con los demás y con Dios. Es una llamada a comprometerse de manera más efectiva en el servicio a los demás. Da al creyente curado la responsabilidad del testimonio, enriquecido por la experiencia humana y cristiana adquirida durante la enfermedad. Este es el significado evangélico de la curación que indica la Unción, y hacia el que el enfermo debe ser encaminado.

EL CRISTIANO NO PODRÍA SER UN VOLUNTARIO DEL SUFRIMIENTO

De este modo, la Unción de los enfermos puede ser presentada como el signo sacramental, aportado por la comunidad cristiana, de la presencia de Cristo en la situación patológica. No es una consagración del estado de enfermedad, porque Cristo jamás aconsejó vivir enfermo. Al contrario, designa a la enfermedad como un mal del que la humanidad debe ser liberada. E invita al hombre a luchar contra todas las formas de males que

lo alienan. El cristiano no podría ser un voluntario del sufrimiento.

La Unción afirma que Cristo no cesa de obrar en favor del hombre a quien la enfermedad arrastra irresistiblemente hacia la cerrazón sobre sí mismo, amenazándolo con desgajarlo de los demás y de Dios. Cristo ofrece la gracia de rechazar la fatalidad de esta empresa y de superarla, a fin de que la comunión con los demás y con Dios no solamente sea posible sino que no cese de intensificarse. La Unción significa la actividad liberadora de Cristo en el corazón de la enfermedad, actividad que asume todos los combates del ambiente hospitalario para devolver al hombre la salud. Es así como el sacramento se sitúa en la línea de la lucha por la vida que especifica a la actividad hospitalaria y que le da un significado más profundo. Pero el cristiano sabe, cualquiera que sea el desenlace de su mal, que la liberación de la enfermedad no podrá ser completa y definitiva más que en el mundo de la Resurrección.

LOS DESTINATARIOS

No siendo específicamente el sacramento que prepara a la muerte, la Unción ha de darse a todos los enfermos gravemente afectados, sin esperar que la muerte sea inminente. Esperar al último momento equivale a mutilar el sacramento de toda su riqueza de sentido, y a privar de él al enfermo en los momentos en que debe luchar contra tantos obstáculos que atentan contra su relación con los demás y con Dios.

La cláusula de peligro de muerte, enunciada por el Código de Derecho Canónico (can. 940, 1) nunca ha significado la proximidad de la muerte. Quería designar la gravedad de la enfermedad. Pero el criterio de peligro de muerte no es suficiente para caracterizar por sí sólo la gravedad de una enfermedad. Tanto más cuanto que los progresos actuales de la terapéutica han conjurado el carácter mortal de una multitud de enfermedades y permitido la supervivencia prolongada de personas afectadas por graves dolencias, de las que muchas se convierten en enfermos crónicos.

Más que por el peligro de muerte, la gravedad de la enfermedad se define por los trastornos profundos que inflige a la vida del enfermo, en la que perturba la relación habitual con los demás y con Dios. Tampoco un criterio puramente médico basta para dar cuenta de la importancia del mal. La manera como el hombre vive las perturbaciones y los *handicaps* que su afección levanta en su relación con los demás y con Dios: esto especifica la gravedad de lo patológico. Es esta vivencia la que debe ser considerada por el Pastor ya que, precisamente, la Unción va en ayuda del enfermo para que supere la crisis de comunicación con el mundo y con Dios.

Una perspectiva tal pide una determinada acción pastoral. Hemos de evitar administrar la Unción a moribun-

dos, de manera habitual, si queremos devolver al sacramento su verdadera fisonomía, y permitir a los enfermos que se beneficien de la gracia que significa. Es así, por otro lado, como disiparemos el miedo que suscita la Unción, considerada como sacramento que se da cuando toda esperanza de curación queda descartada. Será necesario dialogar con la familia o los enfermos próximos a morir, cuando piden la Unción. Hemos de discernir qué gracia se espera entonces del Sacramento. Si es el perdón de los pecados, es preferible proponer el sacramento de la penitencia. Si es la fuerza para dar a la muerte el sentido de paso al Padre, el enfermo dispone de la Eucaristía, sacramento de la muerte y de la resurrección, recibida como viático.

Es verdad que la costumbre de llamar al sacerdote a la cabecera del moribundo para administrarle la Unción no desaparecerá rápidamente. El sacerdote puede encontrarse ante el deseo tenaz de que el sacramento sea administrado, y una negativa podría escandalizar. Hemos de tener en cuenta la pena de quienes rodean al enfermo y su preocupación por realizar un acto cristiano. Pero hemos de mostrar, con delicadeza, que se ha esperado demasiado para pedir la Unción, que sin duda se ha privado al enfermo de un signo sacramental destinado a ayudarlo en los momentos más difíciles, cuando el aislamiento, el sufrimiento y la duración de la enfermedad son tan pesados para soportar. En ese caso el dar la Unción debe aparecer como un acto excepcional, una concesión no agradable. No hay que salir fiador indefinidamente del aspecto *último sacramento* de la Unción, de su imagen como garantía del más allá. No se trata de proteger los sacramentos, en nombre de puras opciones teológicas, sino de permitir a los cristianos que se beneficien de ellos lo más posible.

La Iglesia considera también a las personas de edad como destinatarias de la Unción. La vejez es pues equiparada a la enfermedad grave. Pero no puede serlo en razón de la muerte que indica más que ninguna otra fase de la existencia, y que a veces la hace más inminente. La vejez no es comparable a la enfermedad más que en la medida en que determina desórdenes orgánicos tales que trastornen en profundidad la relación con los demás y con Dios, la manera habitual como la persona vivía esa relación.

La Unción no se dirige pues a todas las personas ancianas. Muchas de entre ellas, aunque sus actividades se hayan hecho lentas, no experimentan degradaciones biológicas tales que su relación con los demás y con Dios sea verdaderamente perturbada. Si se generaliza la administración de la Unción a las personas ancianas, sin tener en cuenta la intensidad de su debilitamiento físico y de las dificultades que crea en su vida cristiana, se corre pronto el riesgo de hacer de la Unción el sacramento de la vejez, de la *última etapa*, y de volver a poner en primer plano la perspectiva de la muerte que tanto cuesta descartar.

Por otra parte, sería poco feliz unir la Unción con

la vejez desde el momento en que el ritual prevé que el sacramento pueda ser administrado a los niños enfermos en la medida en que estos son capaces de reconocer en la acción sacramental un signo del Señor para ellos.

¿Es posible dar la Unción a los disminuidos físicos? Me parece que nada se opone a ello, desde el momento que la disminución y su resonancia psicológica, perturben en profundidad la relación con los demás y con Dios. Pensemos en los poliomielíticos, en los amputados, en los afectados por hernia de disco, en las personas sometidas a diálisis peritoneal, en las que pierden la vista, en las que pierden el oído y se encuentran sumergidas en una sordera profunda. No es cuestión de generalizar indebidamente la administración de la Unción a estos disminuidos, sino de tener en cuenta cada caso particular, porque una misma disminución puede tener una resonancia síquica diferente según las personas.

Enfermos que han de ser operados son susceptibles asimismo de recibir la Unción. No es el peligro de muerte que comporta la intervención quirúrgica el que debe ser considerado, sino la gravedad de la enfermedad que necesita de operación.

A los comatosos, en la medida en que habían deseado el sacramento, se les administraba habitualmente y durante mucho tiempo la Unción. Es una costumbre que conviene abandonar, si no queremos perpetuar las concepciones que desfiguran la Unción. De hecho, ante los comatosos, el significado de la Unción, sacramento del combate contra las crisis de la enfermedad, queda volatilizado. En estos casos, la Unción es pedida en tanto sacramento que prepara a la muerte, que procura el último perdón —el coma es juzgado como situación que conduce a la muerte—; ahora bien, precisamente se trata de rechazar esta concepción. Por otra parte, la importancia de la acogida libre del sujeto, llamado a vivir el sentido propuesto por la Unción, es completamente olvidada, como si esa acogida fuera enteramente superflua. La pedagogía de la fe, nada ganaría en ello.

Ante enfermos inconscientes, es la responsabilidad de la oración y el poder de la intercesión lo que con urgencia hay que despertar en su alrededor. Con el convencimiento de que Dios no se ata a la vía sacramentaria para alcanzar al hombre. La presencia de Cristo junto al comatoso puede muy bien ser significada por un gesto de bendición, una señal de la cruz, por ejemplo, en la frente del enfermo.

Se ha de dar también nuevo valor a la importancia y eficacia de la oración cuando el sacerdote es llamado junto a un muerto. La Unción, como ningún otro sacramento, no está destinada a los muertos... ¿Podría ser conferida en caso de que hubiera duda sobre la muerte? Incluso en el caso en que esa duda estuviera médicamente motivada, la Unción no debe ser conferida, puesto que la acción sacramental ya no significaría un encuentro libre con Cristo. No hemos de perpetuar sin fin el aspecto de rito mágico, de talismán sagrado, de seguro para el más allá, que la Unción tiene para tantos cris-

tianos. Ni debemos fomentar la costumbre de esperar el fallecimiento para llamar al sacerdote.

La reiteración del sacramento

¿Es posible repetir la Unción en el curso de la misma enfermedad? El nuevo ritual lo indica, sin fijar límites. ¿Pero es necesario que el peligro de muerte se acentúe?

Eso no parece necesario. De hecho, la enfermedad grave, sobre todo la de larga duración, comporta unas fases críticas, tanto a nivel biológico como psicológico y espiritual. Hay momentos en los que complicaciones serias, sin ser mortales, tienen una repercusión profunda sobre el ánimo del enfermo. Pensemos también en ciertos enfermos obligados a cambiar de hospital o de terapéutica: se ven forzados a nuevas adaptaciones a un medio extraño, a los ritmos de un tratamiento diferente. Esto puede causar un trastorno dramático y hundirlos en el desánimo y en la desesperanza, y amenazar el vigor de su fe. La Unción no debería serles rehusada, aunque la evolución de su enfermedad no agrave el peligro de muerte.

¿Se debería precisar el tiempo de la reiteración? Entonces se correría el peligro —creo yo— de administrar la Unción en momentos en que el enfermo no sienta necesidad, aunque se encuentre peor. Toca al enfermo juzgar si tiene necesidad de recibir el sacramento varias veces. El sacerdote no puede apoyarse sobre un criterio puramente médico para valorar la oportunidad de la reiteración. El bien espiritual del enfermo es el objetivo primordial. El capellán eliminará sin duda las peticiones caprichosas, pero guardándose de un *a priori* restrictivo.

En este terreno de la reiteración, la perspectiva debe ser la misma que para la administración del sacramento la primera vez: que la Unción no aparezca como una acción mágica de ayuda, o como preparación para la muerte.

Cuando la muerte se hace ineluctable y próxima, es el viático el que asegura el paso último, y no la Unción.

CONCLUSIÓN

La renovación de la vida sacramental de los enfermos no puede llevarse a cabo sin que primero se desarrolle una catequesis de los sanos.

Esto exige, en primer lugar, que la existencia de la enfermedad y, más generalmente, del fracaso, no sea ignorada en la visión cristiana del mundo. Nosotros, cristianos, espolcados por ideologías que lanzan al hombre a la transformación del mundo, no contestamos suficientemente una sociedad asediada por la eficacia, el provecho, una felicidad de supermercado, el advenimiento de una edad de oro utópica. Tenemos tendencia a olvidar que la vida comporta también el fracaso, el sufrimiento y la muerte, que plantean en definitiva las

cuestiones fundamentales sobre el hombre. Hay voces como las de Soljenitsyne, Bulgakov, Ionesco, Peter Nichols, Simone Beauvoir, André Miquel, que nos lo dicen una y otra vez. Existe hoy un retorno a la inquietud, a la interrogación sobre el sentido de la vida y de la muerte. Sepamos oírlos. No se trata de cultivar un pesimismo morboso, sino de no camuflar la realidad de la prueba. Los cristianos estarán entonces menos desconcertados y menos desprovistos cuando aquella llegue.

Del mismo modo, toca a los cristianos percibir la solidaridad con los enfermos como una exigencia privilegiada del Evangelio, del mismo título que los compromisos por la justicia y la paz. En su dimensión social, la Eucaristía y la Unción interrogan a la Iglesia a este respecto: «Estaba enfermo y me visitaste». Tanto más cuanto que el enfermo, improductivo, ineficaz, recuerda a nuestra sociedad que el hombre es más que un agente productor-consumidor, que trasciende los valores económicos. La Unción y la Eucaristía no cobrarán todo su significado si la comunidad no se preocupa de las realidades sanitarias y sociales, de la política gubernamental para la salud, y si no se compromete en transformarlas. Es necesario que exista una verdadera coherencia entre la celebración de los sacramentos y la participación de los cristianos en la búsqueda y esfuerzos efectuados en el campo sanitario y social.

En este sentido es muy importante promover las celebraciones comunitarias de la Unción, como las que en Lourdes se realizan de unos años a esta parte, y que ciertas parroquias han podido hacer. Sensibilizan a las comunidades dando el verdadero rostro de la Unción, de cara a los problemas del mundo de la salud, ante las exigencias de una solidaridad concreta con los enfermos. También tienen la ventaja de abrir al enfermo a otros sufrimientos diferentes del suyo y a las dificultades de los sanos, junto a los cuales debe dar un testimonio de esperanza y de fuerza desde la debilidad y el despojo, de las que sólo él es capaz. Por eso, incluso cuando la Unción sólo puede ser administrada dentro de la habitación de un hospital, es necesario tener inquietud porque la familia, el personal sanitario, otros enfermos cristianos se asocien a la celebración.

En definitiva, la pastoral de los sacramentos en el ambiente hospitalario cuestiona a toda la comunidad eclesial. En tanto la Iglesia no dé a los enfermos el puesto prioritario que el Evangelio les concede; mien-

tras no establezca lazos visibles con ellos, los sacramentos serán, para los enfermos, signos privados de una dimensión esencial, demasiado olvidada: la obra de curación de Cristo a través de la solidaridad de toda la comunidad. ¿Las reformas litúrgicas no serán insuficientes sin la realización de esta solidaridad?

Seleccionado del CIC-Ed. francesa, n.º 28 por el equipo de padres camilos. Madrid. F. A.

BIBLIOGRAFÍA

5. Cfr. PH. ARIES, *La mort inversée*, en «La Maison Dieu», 101, 1970, págs. 57-89.

A. FABRE-LUCE, *La mort a changé*, Gallimard, 1966.

N. VERLUIJS, *La méconnaissance sociale de la mort*, en «Concilium», 65, (1971), págs. 119-132.

6. La historia de la asociación Unción-muerte ha sido magistralmente expuesta por A. CHAVASSE en su obra *Etude sur l'Onction des infirmes dans l'Eglise latine du IIème siècle au XIème siècle*, thèse dactylographiée, Facultés Catholiques de Lyon, 1938. Es el trabajo del que me he servido para mi libro *Le Sacrement des malades*, Chalet, 1971, págs. 47-50. (El libro *Sacrement des malades*, está traducido al castellano y publicado por Ed. Marova. N. del traductor).

7. En la carta de Santiago (5. 15) el perdón de los pecados es sólo ocasional: «si» el enfermo tiene pecados le serán perdonados. El efecto penitencial de la Unción monopolizó el sentido del sacramento sólo tardíamente, a partir del siglo IX. Pero se trata de un proceso accidental, provocado por la conjunción, dentro de un mismo ritual, de las fórmulas de la penitencia concedida *in articulo mortis* y de las fórmulas de la Unción administrada después de la penitencia. Estas últimas acabaron absorbiendo a las fórmulas penitenciales. De este modo, en el siglo XII la unción es considerada en general como el último perdón concedido a los moribundos (Cfr. C. ORTEMANN, o. c. páginas 77-82).

8. Cfr. J.-M. TILLARD, *Pénitence et Eucharistie*, en «Maison Dieu», 50, (1967), págs. 103-133. *Le pain et la coupe de la réconciliation*, en «Concilium», 61, (1971), págs. 35-48.

9. Cfr. G. CRESPIY, *Maladie et guérison dans le Nouveau Testament*, en «Lumière et Vie», 86 (1968), págs. 45-69.

10. El hipotético efecto corporal de la Unción plantea numerosas cuestiones teológicas y pastorales, que están lejos de deberse a una concepción desencarnada de salvación. En mi obra citada presento las principales, en las págs. 82-92.

11. Cfr. Dom BEAUDUIN, *Le Viatique*, en «La Maison Dieu», 15 1948, págs. 117-129.

P.-M. GY, *La mort du chrétien*, en A.-G. MARTIMORT, *L'Eglise en prière - Introduction à la Liturgie*, Paris-Tournai, Desclée et Cie, 1961, págs. 618-620.

J.-CH. DIDIER, *Le chrétien devant la maladie et la mort*, Fayard, 1962, págs. 95-106.

DECLARACION SOBRE EL ABORTO

Texto preparado por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe

PRESENTACIÓN

— «Dios no hizo la muerte, ni se goza en la pérdida de los vivientes» (*Sab* 1, 13). Apoyada en la Sagrada Escritura, la tradición de la Iglesia ha considerado siempre que la vida humana debe ser protegida y favorecida desde su comienzo, lo mismo que en las diversas etapas de su desarrollo. Dentro de este marco, la ilegitimidad del aborto es una enseñanza, constante y sin dar lugar a dudas, que se encuentra en los Padres de la Iglesia, en los teólogos de la Edad Media, en los diferentes documentos del Magisterio episcopal y pontificio. Todo aborto directo debe ser excluido absolutamente. El Concilio Vaticano II, presidido por Pablo VI, lo ha condenado severísimamente: «La vida debe ser salvaguardada con extremo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables». Esta doctrina de la Iglesia es inmutable.

— El respeto de la vida no se impone a los cristianos solamente. Basta la razón para exigirlo. ¿Es necesario recordar la eminente dignidad del hombre? En cuanto sujeto personal, ser libre, cuya alma es espiritual y, por lo tanto, inmortal, el hombre no puede hallar su realización completa más que en Dios. Inserto dentro de la sociedad, el hombre sabrá ciertamente subordinar al bien común su interés particular. Pero la sociedad, lejos de ser su fin último, está al servicio de la persona.

El primer derecho de una persona humana es su vida. No es el reconocimiento por parte de los demás lo que constituye este derecho, es anterior a dicho reconocimiento. Exige ser reconocido y el negárselo es totalmente injusto.

Cualquier discriminación es inadmisibile. La sociedad debe respetar tanto la vida del anciano, del enfermo incurable, como la del niño y la del hombre maduro. En realidad, el respeto a la vida humana es algo que se impone desde que comienza el proceso de la generación. Con la fecundación del óvulo queda inaugurada una vida que no es ni la del padre, ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Este convencimiento de siempre ha recibido preciosa confirmación por parte de la ciencia genética.

— La ley divina y la razón humana excluyen todo derecho a matar directamente a un inocente. Ninguna de las razones aducidas para justificar el aborto puede dar derecho a disponer de la vida de los demás, aun en sus comienzos. Por lo que se refiere a la suerte futura del niño, nadie, ni siquiera el padre o la madre, puede reemplazarlo, aunque esté todavía en estado de embrión, para elegir en su nombre la muerte en lugar de la vida; él mismo, cuando llegue a la edad madura, no tendrá nunca derecho a escoger el suicidio.

— La discusión moral sobre el aborto va acompañada, con frecuencia, de graves debates jurídicos. Una tendencia a restringir lo más posible todo tipo de legislación represiva, el argumento del pluralismo, la dificultad de aplicar hoy día las leyes contra el aborto, el aumento de la clandestinidad son razones que se aducen para pedir la liberalización de la legislación en esta materia.

Estas razones no son válidas para legalizar el aborto. Es verdad, la ley civil no puede aspirar a castigar todas las faltas. A veces debe tolerar lo que en definitiva es un mal menor para evitar un mal mayor.

Sin embargo, hay que tener cuidado con lo que puede representar un cambio de legislación. Muchos toman como una autorización lo que quizá no es más que una simple renuncia a castigar. Más aún, en el presente caso, esta misma renuncia parece incluir como mínimo que el legislador no considera ya el aborto como un crimen contra la vida humana, ya que el homicidio ha sido siempre gravemente castigado. Es verdad que la ley no puede zanjar opiniones o imponer una por encima de otra. Pero la vida del niño prevalece sobre todas las opiniones: no se puede invocar la libertad de pensamiento para arrebatarla.

Por el contrario, la ley puede contribuir a una reforma de la sociedad, a favorecer condiciones de vida para que siempre y en todas partes se pueda dar una acogida verdaderamente humana a toda criatura que viene a este mundo. Hay que promover toda una política positiva para que haya siempre una alternativa concretamente posible y honrosa al aborto.

— La apreciación de un cristiano no puede limitarse al horizonte de la vida en este mundo; él sabe que en la vida presente se prepara otra, cuya importancia es

tal que hay que juzgar a base de ella. Desde este punto de vista no existe aquí abajo desdicha absoluta, ni siquiera la pena tremenda de criar un niño deficiente.

Esto no significa que pueda quedar uno indiferente ante estas penas y miserias. Todo hombre de corazón, y ciertamente todo cristiano, debe estar preparado a hacer lo posible para ponerles remedio. Esta es la ley de la caridad, cuyo primer objetivo debe ser siempre instaurar la justicia. No se puede jamás aprobar el aborto; pero es importante, sobre todo, combatir las causas.

I. INTRODUCCIÓN

1. El problema del aborto provocado y de su eventual liberalización legal ha llegado a ser en casi todas partes tema de discusiones apasionadas. Estos debates serían menos graves si no se tratase de la vida humana, valor primordial que es necesario proteger y promover. Todo el mundo lo comprende, por más que algunos buscan razones para servir a este objetivo, aun contra toda evidencia, incluso por medio del mismo aborto. En efecto, no puede menos de causar extrañeza al ver cómo crecen a la vez la protesta indiscriminada contra la pena de muerte, contra toda forma de guerra, y la reivindicación de liberalizar el aborto, bien sea enteramente, bien por *indicaciones* cada vez más numerosas. La Iglesia tiene demasiada conciencia de que es propio de su vocación defender al hombre contra todo aquello que podría deshacerlo o rebajarlo, como para callarse en este tema: dado que el Hijo de Dios se ha hecho hombre, no hay hombre que no sea su hermano en cuanto a la humanidad y que no esté llamado a ser cristiano, a recibir de Él la salvación.

2. En muchos países los poderes públicos que se resisten a una liberalización de las leyes sobre el aborto son objeto de fuertes presiones para inducirlos a ello. Esto, se dice, no violaría la conciencia de nadie, mientras impediría a todos imponer la propia a los demás. El pluralismo ético es reivindicado como la consecuencia normal del pluralismo ideológico. Pero es muy diverso el uno del otro, ya que la acción toca los intereses ajenos más rápidamente que la simple opinión; aparte de que no se puede invocar jamás la libertad de opinión para atentar contra los derechos de los demás, muy especialmente contra el derecho a la vida.

3. Numerosos seglares cristianos, especialmente médicos, pero también asociaciones de padres y madres de familia, hombres políticos o personalidades que ocupan puestos de responsabilidad, han reaccionado vigorosamente contra esta campaña de opinión. Pero, sobre todo, muchas Conferencias Episcopales y obispos por cuenta propia han creído oportuno recordar, sin ambigüedades, la doctrina tradicional de la Iglesia¹. Estos

1. Un cierto número de documentos episcopales puede encontrarse en G. Caprile, *Non uccidere*. «Il Magistero della Chiesa» sull'aborto. Parte II, pp. 47-300. Roma, 1973.

documentos cuya convergencia es impresionante ponen admirablemente de relieve la actitud a la vez humana y cristiana del respeto a la vida. Ha ocurrido, sin embargo, que varios de entre ellos han encontrado aquí o allá reserva o incluso contestación.

4. Encargada de promover y defender la fe y la moral en la Iglesia universal², la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe se propone recordar estas enseñanzas, en sus líneas esenciales, a todos los fieles. De este modo, al poner de manifiesto la unidad de la Iglesia, confirmará con la autoridad propia de la Santa Sede lo que los obispos han emprendido felizmente. Ella cuenta con que todos los fieles, incluso los que hayan quedado desconcertados con las controversias y opiniones nuevas, comprenderán que no se trata de oponer una opinión a otra, sino de transmitir una enseñanza constante del Magisterio supremo, que expone la norma de la moralidad a la luz de la fe³. Es, pues, claro que esta Declaración no puede por menos de obligar gravemente las conciencias cristianas⁴. Dios quiera iluminar también a todos los hombres que con corazón sincero tratan de «realizar la verdad» (*Jn* 3, 21).

II. A LA LUZ DE LA FE

5. «Dios no hizo la muerte; ni se goza en la pérdida de los vivientes» (*Sab* 1, 13). Ciertamente, Dios ha creado seres que sólo viven temporalmente y la muerte física no puede estar ausente del mundo de los seres corporales. Pero lo que se ha querido sobre todo es la vida y, en el universo visible, todo ha sido hecho con miras al hombre, imagen de Dios y corona del mundo (*Gén* 1, 26-28). En el plano humano, «por la envidia del diablo entró la muerte en el mundo» (*Sab* 2, 24); introducida por el pecado, la muerte queda vinculada a él, siendo a la vez signo y fruto del mismo. Pero ella no podrá triunfar. Confirmando la fe en la resurrección, el Señor proclamará en el Evangelio que «Dios no es el Dios de los muertos, sino de los vivos» (*Mat* 22, 32), y que la muerte, lo mismo que el pecado, será definitivamente vencida por la resurrección en Cristo (*1 Cor* 15, 20-70). Se comprende así que la vida humana, incluso sobre esta tierra, es preciosa. Infundida por el Creador⁵, es Él mismo quien la volverá a

2. *Regimini Ecclesiae universae*, III, 29. Cf. *ib.* 31 (AAS 59, 1967, 897). Ella es competente en todas las cuestiones que se refieren a la fe o que están vinculadas con la fe.

3. *Lumen gentium*, 12 (AAS 57, 1965, 16-17). La presente Declaración no trata todas las cuestiones que pueden plantearse respecto al tema del aborto: corresponde a los teólogos examinarlas y discutir las. La Declaración recuerda solamente algunos principios fundamentales que deben ser para los mismos teólogos una luz y una regla, y para todos los cristianos la confirmación de proposiciones ciertas de la doctrina católica.

4. *Lumen gentium*, 25 (AAS 57, 1965, 29-31).

5. Los autores sagrados no hacen consideraciones filosóficas acerca de la animación, pero hablan del período de la

tomar (*Gén* 2, 7; *Sab* 15, 11). Ella permanece bajo su protección: la sangre del hombre grita hacia Él (*Gén* 4, 10) y Él pedirá cuentas de ella, «pues el hombre ha sido hecho a imagen de Dios» (*Gén* 9, 5-6). El mandamiento de Dios es formal: «No matarás» (*Ex* 20, 13). La vida al mismo tiempo que un don es una responsabilidad: recibida como un *talento* (*Mat* 25, 14-30), hay que hacerla fructificar. Para ello se ofrecen al hombre en este mundo muchas opciones a las que no se debe substraer; pero más profundamente el cristiano sabe que la vida eterna para él depende de lo que habrá hecho de su vida en la tierra con la gracia de Dios.

6. La tradición de la Iglesia ha sostenido siempre que la vida humana debe ser protegida y favorecida desde su comienzo, como en las diversas etapas de su desarrollo. Oponiéndose a las costumbres del mundo grecorromano, la Iglesia de los primeros siglos ha insistido sobre la distancia que separa en este punto tales costumbres de las costumbres cristianas. En la *Didaché* se dice claramente: «No matarás con el aborto el fruto del seno y no harás perecer al niño ya nacido»⁶. Atenágoras hace notar que los cristianos consideran homicidas a las mujeres que toman medicinas para abortar; condena a quienes matan a los hijos, incluidos los que viven todavía en el seno de su madre, «donde son ya objeto de solicitud por parte de la Providencia divina»⁷. Tertuliano quizá no ha mantenido siempre el mismo lenguaje; pero no deja de afirmar con la misma claridad el principio esencial: «es un homicidio anticipado el impedir el nacimiento; poco importa que se suprima la vida ya nacida o que se la haga desaparecer al nacer. Es un hombre el que está en camino de serlo»⁸.

7. A lo largo de toda la historia, los Padres de la Iglesia, sus Pastores, sus Doctores, han enseñado la misma doctrina, sin que las diversas opiniones acerca del momento de la infusión del alma espiritual hayan suscitado duda sobre la ilegitimidad del aborto. Es verdad que, cuando en la edad media era general la opinión de que el alma espiritual no estaba presente sino después de las primeras semanas, se hizo distinción

vida que precede al nacimiento indicando que es objeto de la atención de Dios: Él crea y forma el ser humano, modelándolo con sus manos (cfr. *Sal* 118, 73). Parece que este tema se halla expresado por vez primera en *Jer* 1, 5. Se lo encontrará en muchos otros textos. Cf. *Is* 49, 13; 46, 3; *Job* 10, 8-12; *Sal* 22, 10; 71, 6; 139, 13. En el Evangelio, leemos en *San Lucas* 1, 44: «Porque apenas sonó la voz de tu salutación en mis oídos ha saltado de gozo el niño en mi seno».

6. *Didaché Apostolorum*, ed. Funk, *Patres Apostolici*, V, 2. La Carta de Bernabé, 19, 5, utiliza las mismas expresiones (Funk, I, c. 91-93).

7. Atenágoras, *En defensa de los cristianos*, 35 (PG 6, 970: *Sources Chrétiennes*, 33, p. 166-167). Se tenga en cuenta la Carta a Diogneto V, 6 (Funk, o.c. I, 399: S.C. 33), en la cual se dice de los cristianos: «Ellos procrean niños, pero no abandonan los fetos».

8. Tertuliano, *Apologeticum*, IX, 8 (PL I, 371-372; *Corp. Christ.* I, p. 103, l. 31-36).

en cuanto a la especie del pecado y a la gravedad de las sanciones penales; autores dignos de consideración admitieron, para este primer período, soluciones casuísticas más amplias, que rechazaban para los períodos siguientes. Pero nunca se negó entonces que el aborto provocado, incluso en los primeros días, fuera objetivamente una falta grave. Esta condena fue de hecho unánime. Entre muchos documentos baste recordar algunos.

El primer Concilio de Maguncia (Alemania), el año 847, reafirma las penas decretadas por Concilios anteriores contra el aborto y determina que sea impuesta la penitencia más rigurosa «a las mujeres que provoquen la eliminación del fruto concebido en su seno»⁹. El Decreto de Graciano refiere estas palabras del Papa Esteban V: «Es homicida quien hace perecer, por medio del aborto, lo que había sido concebido»¹⁰. Santo Tomás, Doctor común de la Iglesia, enseña que el aborto es un pecado grave, contrario a la ley natural¹¹. En la época del Renacimiento, el Papa Sixto V condena el aborto con la mayor severidad¹². Un siglo más tarde, Inocencio XI reprueba las proposiciones de ciertos canonistas laxistas que pretendían disculpar el aborto provocado antes del momento en que algunos colocaban la animación espiritual del nuevo ser¹³. En nuestros días, los últimos Pontífices Romanos han proclamado con la máxima claridad la misma doctrina: Pío XI ha dado una respuesta explícita a las objeciones más graves¹⁴; Pío XII ha excluido claramente todo aborto directo, es decir, aquel que se realiza como fin o como medio¹⁵; Juan XXIII ha recordado la doctrina de los

9. Canon 21 (Mansi 14, p. 909). Cf. el Concilio de Elvira, Canon 63 (Mansi 2, p. 16) y el de Ancira, canon 21 (*ib.*, 519). Véase también el decreto de Gregorio III relativo a la penitencia que se ha de imponer a aquellos que se hacen culpables de este crimen (Mansi 12, 292, c. 17).

10. Graciano, *Concordantia discordantium canonum*, c. 20, C. 2, q. 2. Durante la Edad Media se recurre frecuentemente a la autoridad de san Agustín, que escribe a este respecto en *De nupciis et concupiscentia*, c. 15: «A veces esta crueldad libidinosa o esta libido cruel llegan hasta procurarse venenos para causar la esterilidad. Si el resultado no se obtiene, la madre extingue la vida y expulsa el feto que estaba en sus entrañas, de tal manera, que el niño perezca antes de haber vivido o, si ya vivía en el seno materno, muera antes de nacer» (PL 44, 423-424: CSEL 33, 619. Cf. el Decreto de Graciano, q. 2, C. 32, c. 7).

11. Comentario sobre las Sentencias, libro IV, dist. 31, exposición del texto.

12. Constitución *Effrenata* en 1588 (*Bullarium Romanum*, V, 1, pp. 25-27; *Fontes Iuris Canonici*, I, n. 165, pp. 308-311).

13. Denz. Sch. 1184. Cf. también la Constitución *Apostolicae Sedis* de Pío IX (Acta Pii IX, V, 55-72; AAS 5, 1869, 305-331; *Fontes Iuris Canonici*, III, n. 552, pp. 24-31).

14. Encíclica *Casti connubii*, AAS 22, 1930, 562-565; Denz. Sch. 3719-21.

15. Las declaraciones de Pío XII son expresas, precisas y numerosas; requerían por sí solas un estudio aparte. Citemos solamente, porque formula el principio en toda su universalidad, el discurso a la Unión Médica Italiana San Lucas, del 12-XI-44: «Mientras un hombre no sea culpable, su vida es intocable, y es por tanto ilícito cualquier acto que tienda direc-

Padres acerca del carácter sagrado de la vida, «la cual desde su comienzo exige la acción creadora de Dios»¹⁶. Más recientemente, el Concilio Vaticano II, presidido por Pablo VI, ha condenado muy severamente el aborto: «La vida desde su concepción debe ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables»¹⁷. El mismo Pablo VI, hablando de este tema en diversas ocasiones, no ha vacilado en repetir que esta enseñanza de la Iglesia «no ha cambiado y que es inmutable»¹⁸.

III. TAMBIÉN A LA LUZ DE LA RAZÓN

8. El respeto a la vida humana no es algo que se impone a los cristianos solamente; basta la razón para exigirlo, basándose en el análisis de lo que es y debe ser una persona. Constituido por una naturaleza racional, el hombre es un sujeto personal, capaz de reflexionar por sí mismo, de decidir acerca de sus actos y, por tanto, de su propio destino. Es libre; por consiguiente es dueño de sí mismo, o mejor, puesto que se realiza en el tiempo, tiene capacidad para serlo, ésta es su tarea. Creada inmediatamente por Dios, su alma es espiritual y, por ende, inmortal. Está abierto a Dios y solamente en Él encontrará su realización completa. Pero vive en la comunidad de sus semejantes, se enriquece en la comunión interpersonal con ellos, dentro del indispensable medio ambiente social. De cara a la sociedad y a los demás hombres, cada persona humana se posee a sí misma, posee su vida, sus diversos bienes, a manera de derecho; esto lo exige de todos, en relación con ella, la estricta justicia.

9. Sin embargo, la vida temporal vivida en este mundo no se identifica con la persona; ésta tiene en propiedad un nivel de vida más profundo que no puede acabarse. La vida corporal es un bien fundamental, condición para todos los demás aquí abajo; pero existen valores más altos, por los cuales podrá ser lícito y aun necesario exponerse al peligro de perderlos. En una sociedad de personas, el bien común es para cada persona un fin al que ella debe servir, al que sabrá subordinar su interés particular. Pero no es su fin último; en este sentido es la sociedad la que está al servicio de la persona, porque ésta no alcanzará su

tamente a destruirla, bien sea que tal destrucción se busque como fin, bien sea que se busque como medio para un fin, ya se trate de vida embrionaria, ya de vida camino de su total desarrollo o que haya llegado ya a su término» (Discorsi e radiomessaggi, VI, 183 ss.).

16. Encíclica *Mater et Magistra*, AAS 53, 1961, 447).

17. *Gaudium et spes*, II, c. 1, n. 51. Cf. n. 27, (AAS 58, 1966, 1072; cf. 1047).

18. Alocución: *Salutiamo con paterna effusione*, del 9 de diciembre de 1972, AAS 64, 1972, 737. Entre los testimonios de esta doctrina inmutable, recuérdese la declaración del Santo Oficio que condena el aborto directo (AAS 17, 1884, 556; 22, 1888-1890, 748; DS 3258).

destino más que en Dios. Ella no puede ser subordinada definitivamente sino a Dios. No se podrá tratar nunca a un hombre como simple medio del que se dispone para conseguir un fin más alto.

10. Sobre los derechos y los deberes recíprocos de la persona y de la sociedad, incumbe a la moral iluminar las conciencias; al derecho, precisar y organizar las prestaciones. Ahora bien, hay precisamente un conjunto de derechos que la sociedad no puede conceder porque son anteriores a ella, pero que tiene la misión de preservar y hacer valer: tales son la mayor parte de los llamados hoy día «derechos del hombre», y de cuya formulación se gloria nuestra época.

11. El primer derecho de una persona humana es su vida. Ella tiene otros bienes y algunos de ellos son más preciosos; pero aquél es el fundamental, condición para todos los demás. Por esto debe ser protegido más que ningún otro. No pertenece a la sociedad ni a la autoridad pública, sea cual sea su forma, reconocer este derecho a uno y no reconocerlo a otros: toda discriminación es inicua, ya se funde sobre la raza, ya sobre el sexo, el color o la religión. No es el reconocimiento por parte de otros lo que constituye este derecho; es algo anterior; exige ser reconocido y es absolutamente injusto rechazarlo.

12. Una discriminación fundada sobre los diversos períodos de la vida no se justifica más que otra discriminación cualquiera. El derecho a la vida permanece íntegro en un anciano, por muy reducido de capacidad que esté; un enfermo incurable no lo ha perdido. No es menos legítimo en un niño que acaba de nacer que en un hombre maduro. En realidad el respeto a la vida humana se impone desde que comienza el proceso de la generación. Desde el momento de la fecundación del óvulo, queda inaugurada una vida que no es ni del padre ni de la madre, sino de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. No llegará a ser nunca humano si no lo es ya entonces.

13. A esta evidencia de siempre —totalmente independiente de las disputas sobre el momento de la animación¹⁹—, la ciencia genética moderna aporta precio-

19. Esta declaración deja expresamente a un lado la cuestión del momento de la infusión del alma espiritual. No hay sobre este punto una tradición unánime, y los autores están todavía divididos. Para unos, esto sucedería en el primer instante; para otros, no podría ser anterior a la anidación. No corresponde a la ciencia dilucidarlas, pues la existencia de un alma inmortal no entra dentro de su campo. Se trata de una discusión filosófica de la que nuestra razón moral es independiente por dos motivos: 1. Aun suponiendo una animación tardía, existe ya una vida humana, que prepara y reclama el alma en la que se completa la naturaleza recibida de los padres: 2. Por otra parte, es suficiente que esta presencia del alma sea probable (y jamás se demostrará lo contrario) para que arrebatarse la vida sea aceptar el riesgo de matar a un hombre, no solamente en expectativa, sino ya provisto de su alma.

sas confirmaciones. Ella ha demostrado que desde el primer instante queda fijado el programa de lo que será este ser viviente: un hombre, individual, con sus notas características ya bien determinadas. Con la fecundación ha comenzado la aventura de una vida humana, cada una de cuyas grandes capacidades exige tiempo, un largo tiempo, para ponerse a punto y estar en condiciones de actuar. Lo menos que se puede decir es que la ciencia actual, en su estado más evolucionado, no da ningún apoyo sustancial a los defensores del aborto. Por lo demás, no es incumbencia de las ciencias biológicas dar un juicio decisivo acerca de cuestiones propiamente filosóficas y morales, como son la del momento en que se constituye la persona humana y la legitimidad del aborto. Ahora bien, desde el punto de vista moral, esto es cierto: aunque hubiese duda sobre la cuestión de si el fruto de la concepción es ya una persona humana, es objetivamente un pecado grave el atreverse a afrontar el riesgo de un homicidio. «Es ya un hombre aquel que está en camino de serlo»²⁰.

IV. RESPUESTA A ALGUNAS OBJECIONES

14. La ley divina y la ley natural excluyen, pues, todo derecho a matar directamente a un hombre inocente²¹.

Sin embargo, si las razones aducidas para justificar un aborto fueran claramente infundadas y faltas de peso, el problema no sería tan dramático: su gravedad estriba en que en algunos casos quizá bastante numerosos, rechazando el aborto se causa perjuicio a bienes importantes que es normal tener en aprecio y que incluso pueden parecer prioritarios. No desconocemos estas grandes dificultades: puede ser una cuestión grave de salud, muchas veces de vida o muerte para la madre; o la carga que supone un hijo más, sobre todo si existen buenas razones para temer que será anormal o retrasado; la importancia que se da en distintos medios sociales a consideraciones como el honor y el deshonor, una pérdida de categoría, etc. Debemos proclamar absolutamente que ninguna de estas razones puede jamás dar objetivamente derecho a disponer de la vida de los demás, ni siquiera en sus comienzos; y, por lo que se refiere al futuro desdichado del niño, nadie, ni siquiera el padre o la madre, pueden ponerse en su lugar, aunque se halle todavía en estado de embrión, para preferir en su nombre la muerte a la vida. Ni él mismo, en su edad madura, tendrá jamás derecho a escoger el suicidio; mientras no tiene edad para decidir por sí mismo, tampoco sus padres pueden en modo

20. Tertuliano, citado en nota 8.

21. El cardenal Villot, Secretario de Estado, escribía el 10-X-73 al cardenal Döpfner a propósito de la protección de la vida humana: «La Iglesia, sin embargo, no puede reconocer como lícitos, a fin de superar tales difíciles situaciones, ni los medios anticonceptivos ni, todavía menos, el aborto».

alguno elegir para él la muerte. La vida es un bien demasiado fundamental para ponerlo en balanza con otros inconvenientes, incluso más graves.

15. El movimiento de emancipación de la mujer, en cuanto tiende esencialmente a liberarla de todo lo que constituye una injusta discriminación, está perfectamente fundado²². Queda mucho por hacer, dentro de las diversas formas de cultura, respecto a este punto; pero no se puede cambiar la naturaleza, ni sustraer a la mujer, lo mismo que al hombre, de lo que la naturaleza exige de ellos. Por otra parte, toda libertad públicamente reconocida tiene como límite los derechos ciertos de los demás.

16. Otro tanto hay que decir acerca de la reivindicación de la libertad sexual. Si con esta expresión se entendiera el dominio progresivamente conquistado por la razón y por el amor verdaderos sobre los impulsos del instinto, sin menosprecio del placer, aunque manteniéndolo en su justo puesto —y tal sería en este campo la única libertad auténtica—, nada habría que objetar al respecto; pero semejante libertad se guardaría siempre de atentar contra la justicia. Si, por el contrario, se entiende que el hombre y la mujer son «libres» para buscar el placer sexual hasta la saciedad, sin tener cuenta de ninguna ley ni de la orientación esencial de la vida sexual hacia sus frutos de fecundidad²³, esta idea no tiene nada de cristiano; y es incluso indigna del hombre. En todo caso, no da ningún derecho a disponer de la vida del prójimo, aunque se encuentre en estado embrionario, ni a suprimirla con el pretexto de que es gravosa.

17. Los progresos de la ciencia abren y abrirán cada vez más a la técnica la posibilidad de intervenciones refinadas cuyas consecuencias pueden ser muy graves, tanto para bien como para mal. Se trata de conquistas, en sí mismas admirables, del espíritu humano. Pero la técnica no podrá sustraerse del juicio de la moral, porque está hecha para el hombre y debe respetar sus finalidades. Así como no hay derecho a utilizar para un fin cualquiera la energía nuclear, tampoco existe autorización para manipular la vida humana de la forma que sea: el progreso de la ciencia debe estar a su servicio, para asegurar mejor el juego de sus capacidades normales, para prevenir o curar las enfermedades, para colaborar al mejor desarrollo del

22. Encíclica *Pacem in terris*, AAS 55, 1963, 267. Cons. *Gaudium et spes*, 29. Pablo VI, Alocución *Salutiamo*, AAS 64, 1972, 779.

23. *Gaudium et spes*, II, c. i. 48: «Por su índole natural, la institución del matrimonio y el amor conyugal están ordenados por sí mismos a la procreación y a la educación de la prole, con la que se ciñen como con su corona propia». Asimismo, n. 50: «El matrimonio y el amor conyugal están ordenados por su propia naturaleza a la procreación y educación de la prole».

hombre. Es cierto que la evolución de las técnicas hace cada vez más fácil el aborto precoz; pero el juicio moral no cambia.

18. Sabemos qué gravedad puede revestir para algunas familias y para algunos países el problema de la regulación de nacimientos: por eso el último Concilio, y después la Encíclica *Humanae vitae*, del 25 de julio de 1968, han hablado de «paternidad responsable»²⁴. Lo que queremos reafirmar con fuerza, como lo han recordado la Constitución conciliar *Gaudium et spes*, la Encíclica *Populorum progressio* y otros documentos pontificios, es que jamás, bajo ningún pretexto, puede utilizarse el aborto, ni por parte de una familia, ni por parte de la autoridad política, como medio legítimo para regular los nacimientos²⁵. La violación de los valores morales es siempre, para el bien común, un mal más grande que cualquier otro daño de orden económico o demográfico.

V. LA MORAL Y EL DERECHO

19. En casi todas partes la discusión moral va acompañada de graves debates jurídicos. No hay país cuya legislación no prohíba y no castigue el homicidio. Muchos, además, han precisado esta prohibición y sus penas en el caso especial del aborto provocado. En nuestros días, un vasto movimiento de opinión reclama una liberalización de esta última prohibición. Existe ya una tendencia bastante generalizada a querer restringir lo más posible toda legislación represiva, sobre todo cuando la misma parece entrar en la esfera de la vida privada. Se repite además el argumento del pluralismo: si muchos ciudadanos, en particular los fieles de la Iglesia católica, condenan el aborto, otros muchos lo juzgan lícito, al menos a título de mal menor; ¿por qué imponerles el seguir una opinión que no es la suya, sobre todo en países en los cuales sean mayoría? Por otra parte, allí donde todavía existen, las leyes que condenan el aborto se revelan difíciles de aplicar: el delito ha llegado a ser demasiado frecuente como para que pueda ser siempre castigado y los poderes públicos encuentran a menudo más prudente cerrar los ojos. Pero el mantener una ley que ya no se aplica, no se hace nunca sin detrimento para el prestigio de todas las demás. Añádese que el aborto clandestino expone a las mujeres que se resignan a recurrir a él a los más grandes peligros para su fecundidad y también con frecuencia, para su vida. Por tanto, aunque el legislador

siga considerando el aborto como un mal, ¿no puede proponerse limitar sus estragos?

20. Estas razones, y otras más que se oyen de diversas partes, no son decisivas. Es verdad que la ley civil no puede querer abarcar todo el campo de la moral o castigar todas las faltas. Nadie se lo exige. Con frecuencia debe tolerar lo que en definitiva es un mal menor para evitar otro mayor. Sin embargo, hay que tener cuenta de lo que puede significar un cambio de legislación. Muchos tomarán como autorización lo que quizá no es más que una renuncia a castigar. Más aún, en el presente caso, esta renuncia hasta parece incluir, por lo menos, que el legislador no considera ya el aborto como un crimen contra la vida humana, toda vez que en su legislación el homicidio sigue siempre gravemente castigado. Es verdad que la ley no está para zanjar las opiniones o para imponer una con preferencia a otra. Pero la vida de un niño prevalece sobre todas las opiniones: no se puede invocar la libertad de pensamiento para arrebatársela.

21. La función de la ley no es la de registrar lo que se hace, sino la de ayudar a hacerlo mejor. En todo caso, es misión del Estado preservar los derechos de cada uno, proteger a los más débiles. Será necesario para esto enderezar muchos entuertos. La ley no está obligada a sancionar todo, pero no puede ir contra otra ley más profunda y más augusta que toda ley humana, la ley natural inscrita en el hombre por el Creador como una norma que la razón descifra y se esfuerza por formular, que es menester tratar de comprender mejor, pero que siempre es malo contradecir. La ley humana puede renunciar al castigo, pero no puede declarar honesto lo que sea contrario al derecho natural, pues una tal oposición basta para que una ley no sea ya ley.

22. En todo caso debe quedar bien claro que un cristiano no puede jamás conformarse a una ley inmoral en sí misma; tal es el caso de la ley que admitiera en principio la licitud del aborto. Un cristiano no puede ni participar a una campaña de opinión en favor de semejante ley, ni darle su voto, ni colaborar en su aplicación. Es, por ejemplo, inadmisibile que médicos o enfermeros se vean en la obligación de prestar cooperación inmediata a los abortos y tengan que elegir entre la ley cristiana y su situación profesional.

23. Lo que por el contrario incumbe a la ley es procurar una reforma de la sociedad, de las condiciones de vida en todos los ambientes, comenzando por los menos favorecidos, para que siempre y en todas partes sea posible una acogida digna del hombre a toda criatura humana que viene a este mundo. Ayuda a las familias y a las madres solteras, ayuda asegurada a los niños, estatuto para los hijos naturales y organización razonable de la adopción: toda una política positiva

24. *Gaudium et spes*, 50 y 51. Pablo VI, Encíclica *Humanae vitae*, 10 (AAS 60, 1968, p. 487). La paternidad responsable supone el uso exclusivo de medios lícitos de regulación de nacimientos. Cf. *Humanae vitae*, 14 (ib., p. 490).

25. *Gaudium et spes*, 87. Pablo VI, Encíclica *Populorum progressio*, 31; Alocución a las Naciones Unidas, AAS 1965, 883 Juan XXIII, *Mater et Magistra*, AAS 53, 1961, pp. 445-448).

que hay que promover para que haya siempre una alternativa concretamente posible y honrosa para el aborto.

VI. CONCLUSIÓN

24. Seguir la propia conciencia obedeciendo a la ley de Dios, no es siempre un camino fácil; esto puede imponer sacrificios y cargas, cuyo peso no se puede desestimar; a veces se requiere heroísmo para permanecer fieles a sus exigencias. Debemos subrayar también, al mismo tiempo, que la vía del verdadero desarrollo de la persona humana pasa por esta constante fidelidad a una conciencia mantenida en la rectitud y en la verdad, y exhortar a todos los que poseen los medios para aligerar las cargas que abruman aún a tantos hombres y mujeres, a tantas familias y niños, que se encuentran en situaciones humanamente sin salida.

25. La perspectiva de un cristiano no puede limitarse al horizonte de la vida en este mundo; él sabe que en la vida presente se prepara otra cuya importancia es tal, que los juicios se deben hacer a base de ella²⁶. Desde este punto de vista, no existe aquí abajo desdicha absoluta, ni siquiera la pena tremenda de criar un niño deficiente. Tal es el cambio radical anunciado por el Señor: «Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados» (Mt 5, 5). Sería volver las espaldas al Evangelio, medir la felicidad por la ausencia de penas y miserias en este mundo.

26. Pero esto no significa que uno pueda quedar indiferente a estas penas y a estas miserias. Toda persona de corazón, y ciertamente todo cristiano, debe estar dispuesto a hacer lo posible para ponerles remedio. Esta es la ley de la caridad, cuyo primer objetivo debe ser siempre instaurar la justicia. No se puede jamás aprobar el aborto; pero por encima de todo hay que combatir sus causas. Esto comporta una acción política, y ello constituirá en particular el campo de la ley. Pero es necesario, al mismo tiempo, actuar sobre las costumbres, trabajar a favor de todo lo que puede ayudar a las familias, a las madres, a los niños. Ya se han logrado progresos admirables por parte de la medicina al servicio de la vida; puede esperarse que se harán mayores todavía, en conformidad con la vocación

26. El cardenal Villot, Secretario de Estado, escribía al Congreso mundial de los Médicos católicos, clausurado en Barcelona el 26 de mayo de 1974: «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 puede 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».

del médico, que no es la de suprimir la vida, sino la de conservarla y favorecerla al máximo. Es de desear igualmente que se desarrollen, dentro de las instituciones apropiadas o, en su defecto, en las suscitadas por la generosidad y la caridad cristiana, toda clase de formas de asistencia.

27. No se trabajará con eficacia en el campo de las costumbres más que luchando igualmente en el campo de las ideas. No se puede permitir que se extienda, sin contradecirla, una manera de ver y, más aún, posiblemente de pensar, que considera la fecundidad como una desgracia. Es verdad que no todas las formas de civilización son igualmente favorables a las familias numerosas; éstas encuentran obstáculos mucho más graves en una civilización industrial y urbana. También la Iglesia ha insistido en tiempos recientes sobre la idea de paternidad responsable, ejercicio de una verdadera prudencia humana y cristiana. Esta prudencia no sería auténtica si no llevase consigo la generosidad; debe ser consciente de la grandeza de una tarea que es cooperación con el Creador para la transmisión de la vida, que da a la comunidad humana nuevos miembros y a la Iglesia nuevos hijos. La Iglesia de Cristo tiene cuidado fundamental de proteger y favorecer la vida. Ciertamente piensa ante todo en la vida que Cristo vino a traer: «He venido para que los hombres tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10, 10). Pero la vida proviene de Dios en todos sus niveles, y la vida corporal es para el hombre el comienzo indispensable. En esta vida terrena, el pecado ha introducido, multiplicado, hecho más pesadas la pena y la muerte, pero Jesucristo, tomando sobre sí esta carga, las ha transformado: para quien cree en Él, el sufrimiento e incluso la muerte, se convierten en instrumentos de resurrección. Por eso puede decir san Pablo: «considero que los sufrimientos del tiempo presente no guardan proporción con la gloria que se debe manifestar en nosotros» (Rom 8, 18) y, si hacemos la comparación, añadiremos con él: «nuestras tribulaciones, leves y pasajeras, nos producen eterno caudal de gloria, de una medida que sobrepasa toda medida» (2 Cor 4, 17).

El Sumo Pontífice Pablo VI, en la audiencia concedida al infrascrito Secretario de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el día 25 de junio de 1974, ratificó, confirmó y mandó que se publicara la presente Declaración sobre el aborto provocado.

Dado en Roma, en la sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el 18 de noviembre, dedicación de las basílicas de los Santos Apóstoles Pedro y Pablo, en el año del Señor de 1974.

Cardenal FRANJO SEPER
Prefecto

JÉRÔME HAMER
Arzobispo titular de Lorum
Secretario

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

Dignidad de nuestros hermanos enfermos

Señoras, señores:

De ustedes mismos ha nacido la iniciativa de tener este encuentro con nos, al finalizar los trabajos de vuestro XLVII congreso. A los especialistas italianos de urología y nefrología, que representan aquí ampliamente este ramo de la medicina, se han unido colegas de otros muchos países, que han venido a poner en común investigaciones y experimentaciones a menudo muy avanzadas. A todos damos nuestra bienvenida. El acto de esta mañana nos alegra a la vez que nos honra: queremos ver en él la señal de la importancia que otorgáis a los valores morales y espirituales en el ejercicio de la tarea curativa a la que con tanto empeño os entregáis.

Sí, nos manifestamos nuestro vivo aprecio por la competencia y tenacidad con que hacéis progresar la ciencia y el arte de la medicina con relación a órganos tan delicados, cuya prodigiosa complejidad y aportación armónica a las funciones esenciales del cuerpo humano parece tener como contrapeso una fragilidad que pueden trastornar anomalías, accidentes, enfermedades o sencillamente el desgaste de la edad. Estos son los males que os ingeniáis en diagnosticar, en sus efectos y en sus causas, con el fin de aliviarlos y, si es posible, curarlos. La simple lectura de vuestro programa es muy elocuente al respecto. Este esfuerzo científico para descifrar la naturaleza y restituirle su vigor, o suplirlo de algún modo, merece a buen seguro nuestros parabienes.

Y añadimos: nuestro estímulo. Sois conscientes de los progresos que quedan por hacer en la terapia dentro de vuestra especialidad. Los deseáis por el honor de vuestra profesión. Los enfermos esperan también el perfeccionamiento de vuestro arte médico. Es verdad que la salud no es toda la salvación del hombre; ésta consiste en definitiva, a nuestros ojos de creyente, en el desarrollo completo de la vida sobrenatural que Dios ha puesto en el hombre; pero, mientras permanecemos en esta morada terrestre, la integridad de la salud es un bien muy precioso, para nuestra felicidad y para el cumplimiento de la tarea que el Señor nos confía. Nos damos cuenta de ello sobre todo cuando nos falta. En nombre de la humanidad que sufre, con la que tantas

delicadezas tuvo Cristo, hacemos nuestros los anhelos y esperanzas que los enfermos depositan en vosotros.

Finalmente, nos permitimos añadir una palabra de exhortación. No ya sobre algunos problemas particulares, como pedisteis a nuestro predecesor Pío XII: además, no lo consentiría la brevedad de este encuentro. Nos referimos a las cualidades morales que exige vuestra profesión. El Papa Juan XXIII recordó, ante vuestro XXXIV congreso, las virtudes de tacto y delicadeza que espera de vosotros el enfermo que sufre estas enfermedades que a veces lo humilla o provocan su reserva. Insistimos hoy en la dignidad de nuestros hermanos enfermos. No son jamás puros objetos de experimentación: son personas, con sus problemas humanos, fisiológicos, psicológicos y espirituales, están dotados de libertad, y necesitáis su asentimiento para vuestras intervenciones. Por lo demás, ni ellos mismos disponen a su albedrío de los órganos que han recibido del Creador, a no ser que se trate de salvar la vitalidad y el buen funcionamiento de todo el cuerpo. Esto indica los criterios morales y la prudencia con que tenéis que proceder en un terreno que tantas repercusiones tiene en las funciones de todo el hombre.

Rogamos al Señor que os apoye en los esfuerzos que realizáis con lucidez y asiduidad. Le pedimos también que os bendiga —pues también vosotros tenéis vuestros problemas personales y familiares— y que bendiga a los que comparten vuestro afecto y vuestros desvelos.

El Papa piensa en vosotros

Nos dirigimos ahora a los queridísimos huéspedes del centro médico sico-pedagógico de Via Vitellia, Roma, que han venido en gran número a esta audiencia acompañados de sus maestros. Nos sentimos muy contento de verlos y de saludarlos, porque sabemos que os habéis preparado con entusiasmo para este encuentro con el Papa. Quisiéramos detenernos con vosotros y hablaros uno a uno, porque sois los predilectos de Jesús. Os damos nuestras «gracias» por los regalos que nos habéis preparado con vuestras propias manos en las secciones de mercería, de carpintería y de mecánica de vuestro instituto. Se los regalaremos a personas necesitadas, que tendrán así un signo tangible de vuestro amor. ¿Estáis contentos, verdad? Estos hermosos trabajos, hechos por

vosotros, nos dicen que sabéis aprender muy bien todo lo que os enseñan con tanta entrega vuestros maestros, demostrando así que tenéis una gran voluntad de insertaros dignamente en la vida con una preparación inmejorable. Continúa siempre así. Os acompañamos en este esfuerzo con nuestro afecto, con nuestra oración. En los momentos difíciles de vuestra jornada recordad siempre: «El Papa piensa en nosotros; el Papa reza por nosotros». Y, ciertamente, pensaremos en vosotros, pidiendo al Señor que os conforte y os anime. Expresaremos nuestra complacencia a cuantos se prodigan en una misión tan noble y meritoria ante Dios y ante la sociedad; y decimos una palabra de grande y conmovedora benevolencia a los padres, para que tengan siempre ánimos, siempre fe. A todos nuestra bendición apostólica.

Los problemas del alcohol y de la droga

EL PAPA DEPLORA LA DIFUSIÓN DE PSEUDOFILOSOFÍAS Y TEOLOGÍAS QUE INTENTAN JUSTIFICAR EL USO DE NARCÓTICOS

Querido arzobispo McGucker:

El Padre Santo ha sido informado de la celebración del congreso norteamericano sobre el alcohol y los problemas de la droga, que tendrá lugar en la ciudad de San Francisco del 12 al 18 de diciembre del corriente año.

Su Santidad pide a Vuestra Eminencia tenga a bien manifestar a los organizadores y a los participantes de dicho congreso su gran interés en materia tan debatida, así como la expresión de su aliento a todos los que se afanan pacientemente y se prodigan con generosidad para resolver el grave problema del alcohol y del uso de la droga.

En varias ocasiones, el Padre Santo ha manifestado su paterna solicitud con relación a estos dos problemas y a sus múltiples consecuencias, dispuesto siempre a secundar todos los esfuerzos que se realicen en este campo para el bien de la humanidad.

Al comienzo de este año, Su Santidad trató específicamente el problema del abuso del alcohol y elogió los esfuerzos encaminados a resolver una situación de importancia tan capital para la vida de los hombres. Al mismo tiempo, aludió a la estrecha relación que existe entre el abuso del alcohol y el uso de la droga (cf. Discurso a la *Calix Society*, 11 de mayo de 1974: AAS 66, 1974, pp. 338-339; *L'Osservatore Romano*, Edición en Lengua Española, 14 de julio de 1974, página 8).

En otras ocasiones, Su Santidad se ocupó del proble-

ma específico de la droga de manera más detallada y pormenorizada (cf. Discurso a la Fundación *Carlo Erba*, 18 de diciembre de 1972; *L'Osservatore Romano*, Edición en Lengua Española, 24 de diciembre de 1972, pág. 9).

Problemas de tanta envergadura son objeto de una atención particular por parte del Papa, por la directa influencia que tienen en la dignidad del hombre y porque afectan a la personalidad humana en el desempeño de su función y en el encauzamiento de su alto destino.

Por estas razones, Su Santidad espera que en el congreso se estudien con particular atención los problemas en todas sus dimensiones humanas y en sus tremendas consecuencias. Su Santidad espera en todo caso que las deliberaciones del congreso aporten una valiosa contribución, promoviendo, mediante la educación, una comprensión mejor de los problemas, fomentando tratamientos adecuados a los intoxicados y prestando un señalado servicio en el campo de la prevención.

A la sociedad le interesa enormemente librar al hombre de estos males. Hay que buscar remedios, con paciencia y constancia; hay que estudiar con realismo la esencia del problema y hay que considerar en su contexto humano completo el trauma y las consecuencias sufridas por los mismos individuos y sus familias.

Las distintas formas de abuso de alcohólicos y uso de la droga afectan al hombre en su ser: influyen en el ejercicio de su inteligencia y de su voluntad, y, consiguientemente, lo reducen con frecuencia a un estado de esclavitud indigno de la condición humana. Sobre todo por estas razones, y en conformidad con la doctrina y la misión espiritual de la Iglesia, el Padre Santo deplora la difusión de pseudofilosofías y teorías teológicas que intentan justificar el uso de narcóticos.

Su Santidad se complace viendo que los esfuerzos realizados en común acuerdo por los expertos y otras personas interesadas en el problema son signo precioso del deseo de combatir estos males, ofreciendo una esperanza a quienes los sufren. Su Santidad desea de todo corazón que, con la ayuda de Dios, se busquen remedios eficaces que ayuden a librar, especialmente a los jóvenes, de la espiral de la droga tan difundida en estos momentos.

Como hombres de buena voluntad, se movilizarán para afrontar las necesidades de sus hermanos con comprensión y solidaridad, dando prueba de sus nobles principios de fraternidad. Su Santidad espera vivamente que comprendan la grandeza de su misión y el enorme servicio que podrán prestar a esta causa.

Al mismo tiempo, Su Santidad desea que las fuerzas del bien prevalezcan sobre las actividades indignas de los mayores responsables de la corrupción de los jóvenes. El Papa sabe que el problema de la droga no existiría, «al menos en las proporciones actuales, si no hubiera toda una red de verdaderos conspiradores: los productores clandestinos y los distribuidores de la droga» (cf. Discurso 18 de diciembre de 1972: *L'Osserva-*

LO HUMANO Y LO PROFESIONAL, TEMA DEL CURSO PARA PERSONAL DOCENTE DE ESCUELAS DE ENFERMERAS CELEBRADO EN LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

«Para los médicos y enfermeras, el objeto es el hombre —compuesto de alma y cuerpo— que enferma, que sufre, que a menudo no comprende el porqué de su mal, y que a veces se rebela contra él», dijo el doctor Cañadell, Director de la Clínica Universitaria y Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, en la apertura del *Curso para Personal Docente de las Escuelas de Enfermeras* que se celebró en Pamplona, a finales del pasado año 1974, organizado por la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Universidad de Navarra.

El Curso, al que asistieron más de doscientas enfermeras de toda España, y que tuvo carácter oficial, estuvo presidido por la Dirección General de Sanidad, con asistencia de autoridades civiles y directivos de la Escuela de ATS.

La Directora de la Escuela, doña Amelia Fontán, en su disertación, dijo que «es indispensable que la futura enfermera esté dotada de cualidades tales como:

LABORIOSIDAD: una enfermera consciente, valora —hasta ponerla en primer lugar— la calidad de su trabajo, porque sabe que atiende a un ser personal, redimido, que sufre físicamente (sin olvidar que, en ocasiones, mayor que el físico es el dolor moral), todo lo cual la obliga a poner

tore Romano, Edición en Lengua Española, 24 de diciembre de 1972, pág. 9).

Mediante una aplicación hábil de los medios científicos, jurídicos y de todos los humanamente posibles, Su Santidad abriga la esperanza de que se dé un gran paso adelante para ayudar a los hombres en la lucha contra estas fuerzas imponentes que impiden su progreso total, a fin de que puedan vivir como corresponde a su dignidad de creaturas de Dios.

Sobre todos los intentos y esfuerzos del congreso norteamericano acerca de los problemas del alcohol y de la droga, Su Santidad invoca la confortadora bendición apostólica.

Con gratitud por su colaboración al transmitir este mensaje, me profeso fraternalmente suyo en Cristo

Cardenal JEAN VILLOT

en práctica el mandamiento del amor, desbordando las exigencias estrictas de su contrato laboral, que quizá fueran las únicas a tener en cuenta en otras profesiones.

SENCILLEZ, para lograr la confianza que tan positivo es tenga el enfermo con quien está tan próximo a él para servirle. Sólo así salvará la enfermera multitud de dificultades por las que el paciente suele atravesar; porque le habrá dado pie para que las plantee.

SENTIDO DE RESPONSABILIDAD, porque quien está al cuidado del enfermo ha de prestar atenciones y afrontar riesgos muy distintos a los de un vendedor de mercancías, por ejemplo. Todos conocemos que la omisión de la administración de un medicamento a su debido tiempo puede tener resultados fatales; y aunque esto no ocurra, es fácil que el enfermo sufra por un hecho así durante horas, pese a que tiene derecho a ser aliviado en su dolor. Los ejemplos podrían multiplicarse.

ESPÍRITU DE SERVICIO Y CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN: dos cualidades exigibles a cualquier enfermera para el ejercicio de una profesión tan fundamentalmente cimentada en la entrega.

SENSIBILIDAD PARA LOS VALORES TRASCENDENTES, unida a la fortaleza que precisa para dar a conocer al enfermo la situación a que está abocado en determinados momentos, en los que, por otra parte, la enfermera ha de extremar su delicadeza».

Concepción Brun, secretaria de la Escuela, destacó entre otras cosas que «la profesión médica y la de enfermería son profesiones distintas aunque paralelas, y se equivoca quien diga que la enfermera es un médico en pequeño. La enfermera ejerce funciones que tienen en sí mismas un peso específico, de modo que su acción no puede compararse con la que ejerce el médico.»

En las sesiones de trabajo y mesa redonda, con las que finalizó la primera jornada de este Curso, quedó demostrada la inquietud de todas las participantes por elevar el nivel de una profesión tan vital para la sociedad.

La revista «Palabra enjuici» comentó así este interesante curso celebrado en Pamplona:

«A veces nos pasa por alto el que iniciativas de carácter profesional tienen un contenido apostólico de primera importancia. Por ejemplo —y me alegraría mucho que no fuera el único— el curso para personal docente de Escuelas de Enfermeras, organizado por la Universidad de Navarra. El tema del curso «Lo humano y lo profesional en las Escuelas de Enfermeras» tiene una vertiente de suma importancia, precisamente para el remedio del dolor, de la soledad y del desamparo de los verdaderamente débiles. También está, y se ha tratado en el curso, un importante aspecto que se nos olvida con frecuencia: no raramente las enfermeras acompañan al enfermo en la hora de su

muerte, ese momento supremo en el que se ventila toda la eternidad. ¿No merecen una especial atención estas iniciativas?»

CURSILLO DE ACTUALIZACIÓN HOSPITALARIA

Con fecha 2-5 de enero ha tenido lugar, en Zaragoza, un cursillo de actualización hospitalaria para la congregación de carmelitas misioneras, dirigido por los hermanos de san Juan de Dios.

El programa del mismo versó sobre temas de actualidad en este campo: Base antropológica y teológica de la enfermedad. — Humanización del hospital. — La religiosa sanitaria en el hospital de hoy y la pastoral. — La enfermería y su personal.

A las conferencias siguieron reuniones de grupos, donde se estudió la problemática existente relacionada con los temas expuestos.

El cursillo, altamente positivo, ha dado lugar a un nuevo despertar en la responsabilidad que, como religiosas y sanitarias, tenemos con la sociedad y el enfermo en particular.

Agradecemos a los hermanos de san Juan de Dios, en especial al hermano Redrado, el interés que han puesto en la organización y marcha del cursillo.

Hna. FELISA ANDRÉS, C. M.

CURSILLO SOBRE TÉCNICAS DE QUIRÓFANOS

Se ha celebrado en el hospital San Juan de Dios de Barcelona, un cursillo sobre técnicas de quirófanos, del 3 al 15 de febrero, bajo el siguiente programa:

La infección hospitalaria, doctor Plaza. Asepsia y antisepsia, doctor Fumadó. El bloque quirúrgico, doctor Ferreró. Organización del bloque quirúrgico, hermano Chornet. El preoperatorio, doctor Mulet. La anestesia, nociones generales, doctor Pons. El jefe del bloque quirúrgico, hermano Chornet. El postoperatorio, doctor Obiols. Utilaje del bloque quirúrgico, doctora Aguilar. Central de esterilización y empaquetado, Matachana. Lámparas germicidas, E. Marroig. La supervisora del bloque quirúrgico, señorita M. Sarroca. El técnico de quirófano en ortopedia, doctor Esteve de Miguel. El técnico de quirófano en cirugía general, profesor Claret. El técnico de quirófano instrumentista, señorita I. Muntasell. El técnico de quirófano quirofanista, señorita E. Lacueva. El técnico de quirófano en oftalmología, doctor G. Cheda. Medidas de seguridad en quirófanos, hermano Muneta. El técnico de quirófano en otorrinolaringología, doctor P. Clarós. El técnico de quirófano en cirugía plástica, doctor Sarget. La administración en el B. Q., señor Alabern. El camillero y el personal de limpieza, J. Fluviá. El técnico de quirófano en obstetricia, doctor Campos. La anestesia en el parto, doctor J. Esteban. El técnico de quirófano en urología, doctor Ruiz. Rayos X en quirófanos, doctor Manzanares. Cuidados pre, en y post anestésicos, doctor Olivera. El técnico de quirófano en neurocirugía, doctor Lafuente. El técnico de quirófano auxiliar de anestesia, señor Palmero. El técnico de quirófano en traumatología, doctor Terricabras. Control de calidad en el bloque quirúrgico, hermano Sola. Problemas deontológicos, hermano G. Gorostieta. Problemas so-

ciológicos, doctor Palou. Problemas psíquicos, doctor Angulo.

El cursillo lo organizó la Orden Hospitalaria a través de la Escuela de ATS San Juan de Dios de Barcelona.

Durante el cursillo se proyectaron varias películas sobre los temas tratados y se realizaron visitas a centros especializados.

Al final del cursillo a los alumnos que superaron la prueba de aptitud, se les entregó el correspondiente diploma.

CARTA DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS ITALIANAS CON MOTIVO DEL AÑO SANTO

El comité ejecutivo de la comisión interministerial para el Año Santo ha difundido la siguiente carta destinada a los peregrinos que vengan a Roma.

Querido peregrino turista: Con ocasión de su llegada a Italia por el Año Santo, reciba también el más cálido saludo de bienvenida de parte de las autoridades sanitarias.

Tenemos el agrado de informarle que la situación sanitaria de nuestro país es del todo favorable y que el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no es mayor que en otras partes, sobre todo considerando que las vacunaciones bacilares son obligatorias por ley.

Con el fin de mantener en buen estado la situación sanitaria en Italia, con ocasión de la llegada de un número extraordinario de peregrinos turistas de tantos países del mundo que tienen distintas situaciones epidemiológicas locales, han sido adoptadas oportunas medidas reforzando el control de los acueductos, de la higiene de los alimentos, de los alojamientos, restaurantes, etc.

Naturalmente es necesaria también su colaboración por medio de la atenta observancia de aquellas comunes normas de higiene personal que seguramente usted ya cumple en su país de origen. En particular, teniendo en cuenta nuestros factores climáticos, le recomendamos, para la prevención de las formas de gastroenteritis, no comer fruta o verdura cruda sino bien lavadas, y evitar el consumo de mariscos crudos.

Para su mayor tranquilidad le informamos que las autoridades sanitarias italianas han previsto ya todo a fin de enfrentar rápidamente cualquier eventualidad de carácter sanitario, dando instrucciones precisas, ya sea a los que brindan alojamiento o a los que trabajan en el turismo en general. Tenga presente, con todo, que en caso de emergencia sanitaria podrá llamar por teléfono desde cualquier lugar de Italia, al número 113, obteniendo auxilio inmediato.

A fin de que usted pueda preparar con tiempo la documentación sanitaria para presentarla en Italia en el momento de su llegada, enumeramos a continuación los certificados de vacunación que actualmente se piden a los viajeros provenientes de algunos países: A) certificado de vacuna contra la viruela (efectuada con fecha no anterior a tres años) para los que proceden de los siguientes países: Asia, todos con excepción de: Israel, Turquía y Japón; África, todos con excepción de: Argelia, Libia, Marruecos, Túnez, Islas Azores, Madeira, Reunión; América, todos con excepción de: Antillas Holandesas, Bermudas, Canadá, Groenlandia, Guadalupe, Guayana Francesa, Islas del

Caribe, Martinica, México, Saint-Pierre y Miquelon, Estados Unidos de Norteamérica y Surinam. B) Certificado de vacuna contra el cólera (efectuado con fecha no anterior a seis meses) para quien procede de los siguientes países: Europa: Portugal. Asia: Birmania, Filipinas, Khmer, India, Indonesia, Malasia, Nepal, Pakistán, Singapur, Sri Lanka, Sultanato de Omán, Tailandia, Vietnam, Yemen. África: Argelia, Alto Volta, Camerún, Chad, Dahomey, Ghana, Islas Cabo Verde, Liberia, Malaki, Mauritania, Mozambique, Nigeria, Rodesia, Senegal, Tanzania y Togo.

LOS AGENTES DE LA PASTORAL DE LOS ENFERMOS

«Se consideran agentes de la pastoral de enfermos no sólo los sacerdotes sino cuantas personas cristianas participen de alguna manera en su atención: médicos, enfermeros, familiares y personas dedicadas al apostolado de los enfermos.»

Así se expresó el arzobispo de Sevilla, cardenal José María Bueno Monreal, al señalar las condiciones imprescindibles para el uso del nuevo ritual de la unción de los enfermos, en un decreto sobre su entrada en vigor publicado en el boletín oficial eclesiástico del arzobispado.

El purpurado añadió que «todas ellas, por consiguiente, deben asimilar el contenido doctrinal y pastoral de este ritual, que se halla en los prenotandos de la edición típica y en las orientaciones doctrinales de la conferencia episcopal española que encabeza la edición en español».

Las restantes condiciones precisadas son las siguientes: «La puesta en práctica del nuevo ritual debe ir acompañada de una intensa catequesis a todo el pueblo de Dios, en especial a los enfermos, sobre el sentido cristiano del dolor, la enfermedad, la muerte, y sobre los auxilios que la fe cristiana ofrece al enfermo y al moribundo. Sin esta catequesis, que ha de apoyarse en la clara predicación de la resurrección de Cristo y de nuestra participación en ella, la labor pastoral con los enfermos y las celebraciones litúrgicas de éstos resultarán mermadas en su eficacia».

«Ha de cuidarse al máximo por todos —prosigue—, especialmente por los pastores, utilizar convenientemente la riqueza de posibilidades y la vitalidad comunitaria que se contienen en los nuevos ritos de los Sacramentos de enfermos, procurando la adaptación de su celebración a las diversas circunstancias previstas en el ritual.

SERVICIO AÉREO PARA EMIGRANTES ENFERMOS

Un reactor-taxi que atenderá el servicio de emigrantes enfermos para trasladarlos a España comenzará a funcionar dentro de dos o tres meses, con base en el aeropuerto de Barcelona, según informó «La Gaceta del Norte».

El reactor «camillero» atenderá a trabajadores españoles en Suiza, Alemania y Francia que estén asegurados en «GESA» —unos 100.000 actualmente—, a los que se les garantizará, si han de ser hospitalizados o alojados en una clínica, que se les traerá a España.

El nuevo aero-taxi ha costado millón y medio de dólares. Tiene seis plazas y lleva como tripulación a dos pilotos.

NUEVO RESPONSABLE NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA

La Comisión Episcopal de Pastoral, presidida por don Antonio Añoveros, ha nombrado a don Rudesindo Delgado Pérez responsable nacional de Pastoral Sanitaria. Es actualmente capellán de la Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax.

La misión de este organismo del Episcopado es prestar un servicio y orientación a los capellanes de hospitales y a todos los que trabajan y se relacionan con la enfermedad y con sus consecuencias, para lograr una presencia viva y actual de la Iglesia en este campo.

LA COMUNIDAD CRISTIANA DEBE MANIFESTAR PREFERENCIA POR LOS ENFERMOS

Monseñor García Sierra, arzobispo de Burgos, al decretar la entrada en vigor del Ritual de la Unción de los enfermos destaca que «si en todas las épocas de la vida ha de mostrar el sacerdote con cura de almas, un celo ardiente por la salvación de las almas, mucho más cuando la enfermedad o la vejez socavan los cimientos de la vida y el alma empieza a ver con más claridad su débil condición, y la soledad personal se adentra, sigilosa pero inexorable, en el espíritu».

UNA MUTUALIDAD DE PREVISIÓN PARA AYUDA A SUBNORMALES

Esta iniciativa importante es la primera de las que se propone llevar a cabo el Patronato para Ayuda a los Subnormales de la Fundación General Mediterránea. Se trata de crear una Mutualidad de Previsión Social que, al igual que otras tantas mutualidades, tendrá por finalidad corregir o mejorar la situación de sus asociados o la de los familiares de éstos.

El consejo del citado patronato está presidido por don Jorge Jordana de Pozas, y forman parte del mismo los señores Ramírez de la Fuente, Ipiña, Sánchez y Azúa.

—¿Por qué la primera iniciativa ha consistido en crear una Mutualidad de Previsión Social para Ayuda a Subnormales?

—Era un vacío que había necesidad de llenar, y una garantía para el futuro. La Mutualidad proporcionará el pago de una renta de supervivencia a favor de los hijos o de quienes, sin serlo, se hallen sometidos a la guardia o tutela de los mutualistas.

—¿Cómo funcionará?

—Como es norma en este tipo de sociedades de tipo asistencial. Sus beneficiarios lo serán a partir del momento en que se produzca el fallecimiento o incapacidad absoluta o permanente de sus padres o cuidadores.

—¿Clases de pensiones?

—Serán de tres categorías: de sesenta mil pesetas, de noventa mil y de ciento veinte mil.

—¿Qué determinará estas cuantías?

—La cuota que hayan elegido los mutualistas y su edad.

Las cuotas podrán ser abonadas trimestral, semestral o anualmente. La cuota mínima es de 4.800 pesetas al año, y la máxima, de trece mil doscientas. Todo consiste, efectivamente, en la edad del mutualista y en la cuantía de la pensión que desee percibir.

—¿Cómo será administrada la pensión que recibirá el subnormal, a partir del fallecimiento de su protector o familiar mutualista?

—La administración correrá a cargo de la persona o personas, legalmente capacitadas, que hayan sido elegidas por el propio mutualista. La Mutuality, o en último caso la autoridad judicial, será la encargada de velar para que el importe de las pensiones sea destinado directamente al mantenimiento, cuidado y educación del beneficiario.

No existe ánimo de lucro por parte de nadie. Es una cuestión en la que insiste especialmente el Consejo del Patronato para Ayuda a Subnormales.

—¿Y en los casos extremos, de carencia absoluta de recursos económicos, cuando no se alcance siquiera para poder pagar la cuota de la Mutuality?

—Está previsto allegar fondos para permitir el acceso a la misma a todos los subnormales carentes de recursos económicos.

Entre los fines específicos del referido Consejo figuran también los siguientes: impulsar la creación de toda clase de actividades destinadas a diagnóstico, rehabilitación e integración familiar y social de deficientes mentales, con posibilidad de ampliación de estas actividades a los deficientes físicos; promover la relación y colaboración con toda clase de personas, organismos e instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, interesadas en estos problemas; despertar la inquietud de la comunidad por estos temas; fomentar los estudios e investigaciones; organizar congresos, conferencias, coloquios, seminarios y otras reuniones de trabajo; editar y difundir publicaciones relacionadas con los trabajos y objetivos propuestos.

El problema ha sido abordado ampliamente, con el fin de obtener soluciones concretas y a ser posible definitivas. La Mutuality de Previsión Social para Ayuda a Subnormales abre, pues, un excelente cauce de posibilidades.

ALFONSO ZAPATER
Heraldo de Aragón

LA SALUD, PATRIMONIO DEL SER HUMANO

— «Los 524 laboratorios de productos farmacéuticos existentes en España gastan unos ¡10.000 millones de pesetas! cada año en *publicidad*» (De la Agencia Logos).

— ¿Saben lo que significan 10.000 millones de pesetas en publicidad? Para mejor comprensión ofrecemos unas cifras sacadas de la prensa barcelonesa: «Por un importe de 310 millones de pesetas se podrán realizar las obras de construcción del puerto deportivo-pesquero de Badalona». «Los 12 kilómetros de longitud de la carretera Barcelona-Manresa por el balneario de la Puda, de tramos espectaculares, su coste real ha sido de 300 millones de pesetas.»

— Quien no esté dentro de la Seguridad Social o en otros Seguros y cae enfermo, sabrá por experiencia que los medicamentos se le comen, si no todos los ingresos,

sí buena parte de ellos. Y no hablemos de los auténticos pobres.

— Desde hace tiempo vengo guardando en mi archivo de recortes de prensa, una carta dirigida al director de un matutino barcelonés, que dice: «En Gran Bretaña, los hospitales son gratis y el precio máximo de una medicina es de 20 pesetas».

— «El *derecho a la salud es natural*, y los *medicamentos son vehículos para obtener la salud*; por lo tanto, se ha dicho, la prestación farmacéutica es un *derecho natural de toda persona humana*, por el sólo hecho de serlo. Y de aquí podemos deducir entonces que la *salud* de un ser humano *no puede quedar supeditada a sus propios recursos económicos* para adquirir un producto, cuyo precio es fijado de antemano por una industria privada, con la finalidad de obtener el mayor beneficio posible.»

— Pablo VI ha advertido, en presencia de los representantes de la Organización Mundial de la Salud, que la lucha contra las enfermedades endémicas y la creación de condiciones adecuadas para que la *salud* sea *patrimonio universal* de todos los pueblos, son *exigencias* de la *hora* presente que la *conciencia cristiana* debe *acentuar y resolver*.

JOSÉ M.^a ALIMBAU

EN ESPAÑA HAY CUATRO MILLONES DE ANCIANOS

Un grupo marginal de nuestra sociedad

Según una estimación de FOESSA, hay en España unos 4.277.500 ancianos. Es cierto que caminamos hacia un mundo de viejos. Sus derechos a la asistencia, vivienda, alimentación, vestidos y esparcimiento no son en la práctica reconocidos.

El 40 por ciento de los ancianos se encuentran fuera de la Seguridad Social; más de medio millón no perciben ninguna ayuda periódica, y más de un cuarto de millón viven en absoluta soledad.

El auxilio de vejez (1000 ptas. mensuales) es, sin necesidad de argumentar los recientes incrementos de nivel de vida, insuficiente para remediar siquiera una parte de las múltiples necesidades de estas personas que no disponen de ningún otro tipo de recursos de subsistencia.

La jubilación es para el anciano trabajador español un paro forzoso más que un merecido descanso. La cuantía de las pensiones está, desde su origen, desactualizada. No hay duda de que el tipo de ayuda que se les dispensa a los ancianos les confirma como un sector marginal de nuestra sociedad.

G. PIQUER

De acuerdo con la Ley de Prensa hacemos constar que LABOR HOSPITALARIA es propiedad de los hermanos de san Juan de Dios, provincia de Aragón, América Central y África. Es director de la revista el hermano Ángel M.^a Ramírez Bayona. Se sostiene con las ayudas que llegan de suscripciones y de personas simpatizantes de la obra que realizan los hermanos hospitalarios de san Juan de Dios.

LARRABE, J. L.

LA IGLESIA Y EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974, 251 páginas.

Esta obra se presenta, ante todo, con un fin servicial: con un lenguaje sencillo intenta dar una visión nueva del sacramento de la unción. Resulta comprensible y encaminado a una catequesis sobre este sacramento.

En primer lugar ilumina la enfermedad desde el lenguaje bíblico. A continuación dedica tres capítulos al análisis histórico (práxis, deformaciones, controversias) de dicho sacramento. El capítulo quinto está dedicado a los aspectos litúrgicos y pastorales del nuevo ritual. Los dos últimos capítulos estudian la enfermedad y el sentido de este sacramento desde la psicología, la antropología y la teología moderna. Estos capítulos se completan con una bibliografía actualizada y un comentario a las lecturas del ritual nuevo.

A la hora de hacer un juicio, debemos decir que este libro resulta interesante para tener una visión sintética —al mismo tiempo que completa— de este sacramento, consiguiendo una primera mentalización, muy necesaria hoy día en que la sacramentología está en revisión; dicha mentalización es más urgente en este sacramento que está muy desprestigiado.

No solamente es recomendable a los que ejercen su ministerio en la pastoral de los enfermos, sino a todos los que quieran tener un conocimiento más pleno del hombre, ya que es muy interesante el análisis del sentido de la enfermedad.

JOSÉ FIGUERAS

RUBIO, J.

EL CRISTIANISMO DEL FUTURO

Ed. Studium, Madrid, 1973, 353 páginas.

La presente obra es un estudio del gran esfuerzo realizado por Teilhard de Chardin; sigue los pasos del jesuita tanto en sus acontecimientos históricos como en su evolución científica e intelectual. Constantemente el autor cita y se refiere a Teilhard.

Se divide así: después de una introducción en la que presenta la rica figura de Teilhard, hace un diagnóstico de la situación espiritual de nuestro tiempo

y de la incredulidad moderna y su incidencia en el cristianismo. En la segunda parte habla del *proyecto*, para presentar después la *solución* (líneas directrices de la nueva teología, aspectos concretos, el cristianismo del futuro).

La lectura de esta obra quizá resulte difícil porque tanto en su lenguaje, como en su problemática, se aleja de los planteamientos acostumbrados. Sin embargo, resulta interesante para darnos cuenta de la evolución acaecida, de la secularización de nuestro mundo, de los verdaderos problemas del cristianismo al tener que presentar a Cristo en unos esquemas mentales desconocidos, a unas personas que no entienden su lenguaje.

El autor realiza un gran esfuerzo por dar a conocer la obra de Teilhard, con todas sus implicaciones, por hacer comprender que su obra responde a unas exigencias muchas veces desconocidas, por presentarle como un hombre que intuyó ya hace años la situación actual y buscó caminos de solución desde su visión científico-intelectual.

JOSÉ FIGUERAS

BLÁZQUEZ, FELICIANO

IDEARIO DE HELDER CAMARA

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

El autor ha sabido sintetizar de forma positiva el pensamiento del infatigable profeta de la justicia que clama desde América.

No es sino un laborioso recorrido por el amplio repertorio ideológico que Helder Cámara ha expresado en multitud de ocasiones. Todo ello englobado en unos apartados tan interesantes como actuales: el hombre, la miseria, el capitalismo y socialismo, el comunismo, el subdesarrollo...

Feliciano Blázquez ha logrado lo que pretendía: sintetizar de forma clara el pensamiento de un gran hombre.

MIGUEL MARTÍN RODRIGO

JEAN PAILLARD

CUANDO DIOS NO NOS ES ÚTIL

Studium Ediciones.

A lo largo de toda la obra, el autor trata de hacernos ver cuál ha de ser la cara que tenemos que presentar los cristianos y la Iglesia de hoy. Combate actitudes que hasta ahora han tenido completa vigencia en la Iglesia y que

en algunos sectores todavía los tienen: actitudes dogmatizantes, autopresentación como únicos poseedores de la verdad despreciando toda visión distinta de la suya, actitud de autosuficiencia y de superioridad, actitud segregacionista y racista, actitudes propias de quienes ostentan el poder y la autoridad, etc.

Además de toda esta ideología que presenta, es muy importante resaltar el carácter experimental de cuanto nos dice; el autor nos está relatando su experiencia de vida con las gentes de los países escandinavos: Suecia, Noruega, etc.

Es un libro breve, 148 páginas, pero a mi modo de ver muy interesante; inclusive ameno, aunque, como es de esperar, también tiene párrafos un tanto áridos.

JESÚS ARDANA

JUAN ARIAS

LA ÚLTIMA DIMENSIÓN

Ed. Sígueme.

«La última dimensión» es un libro para leer despacio, para meditar y reflexionar. Los mismos subtítulos —libertad, conciencia, creatividad— son como una constante que persigue el autor, ya que como él dice ha quedado mortificada nuestra creatividad, nos vemos como desnudos y nos sentimos como infieles.

JOSÉ L. REDRADO

JEAN THIERRY MAERTENS

LOS GRUPOS PEQUEÑOS Y EL FUTURO DE LA IGLESIA

Ed. Sígueme. Salamanca.

El cambio de cultura y civilización al que estamos asistiendo origina nuevas formas de hacer y de relacionarse que rompen con las costumbres y las estructuras. El individuo se ve perdido en todo lo que se le impone y cree encontrar su realización en una comunidad escogida libremente donde comparte su experiencia personal. Es un caminar buscando y compartiendo.

El autor del libro nos pone ante cinco pistas de reflexión: De la memoria al proyecto. Pertenencia y comunión. Interacción y funciones. Iglesia local y ministerio. Creatividad y universalidad. En definitiva, una reflexión cultural, sociológica, psicológica, teológica y litúrgica.

JOSÉ L. REDRADO

VARIOS

FE Y NUEVA SENSIBILIDAD HISTÓRICA

Ed. Sígueme. Salamanca.

El libro recoge los temas de la semana de misionología de Bériz, agrupados bajo un común denominador: «el impacto de la secularización sobre países de raíz cristiana». ¿Cómo influye, cómo realizar los cambios, los comportamientos?, ¿cuáles son sus caminos?

Autores de talla se han asomado a la historia y le han cogido el pulso, le han preguntado por sus nuevos caminos, las razones de su nuevo andar y las repercusiones que ello comporta a los hombres, sobre todo a los que se acostumbraron a una forma que ha venido a ser insuficientemente sensible para estos momentos.

José L. REDRADO

MAUCO, GEORGES

LA PATERNIDAD

Ed. Studium. Madrid, 1973.

Frente a la imagen gratificante y amorosa de la madre, el primer descubrimiento del niño es la todopoderosa figura paterna, símbolo de lo prohibido, de la ley y de la cultura humana, que desencadena en él una ambivalencia de sentimientos que oscila entre el amor y el temor, la seguridad y la angustia.

El autor, partiendo de esta tesis fundamental basada en los estudios psicoanalíticos, pasa a considerar la importancia de esta figura parental en el niño, así como las múltiples y desastrosas repercusiones que en él pueden tener las formas defectuosas de ejercitar sus funciones.

Establece luego un paralelismo entre la autoridad del mismo y la imagen del padre, profundizando a su vez en el sentido de la relación educativa entre maestro y niño.

Padre y maestro son dos modelos humanos de identificación que el niño va a tener muy presentes, aunque de manera inconsciente, a la hora de estructurar su psiquismo.

El autor parte de un hecho real: estamos asistiendo a una *desacralización de la autoridad* en todas sus formas, y esto tiene una vertiente positiva: hay que sustituir el sometimiento inconsciente y temeroso a la autoridad, por una adhesión más humana y positiva. Piensa en una renovación a fondo de la relación educativa, tanto en el seno de la familia como en la escuela y en todos los niveles sociales.

Presenta una buena selección de historiales clínicos, así como la crítica de dos experiencias realizadas sobre este mismo campo; los métodos activos en la educación y «los niños libres de Summerhill».

Obra muy interesante para los padres, educadores, psicólogos, sociólogos y para los propios hijos.

R. M.

GEETS, CLAUDE

SICOANÁLISIS Y MORAL SEXUAL

Studium. Madrid, 1973.

El autor de este libro pretende responder a una serie de interrogantes que existen en la mente de todos, tras una lectura en profundidad de la obra de S. Freud. Y creo que da una respuesta aceptable y satisfactoria, dejando a un lado las frecuentes simplificaciones y caricaturas que sobre la teoría psicoanalítica se han hecho.

¿Qué hay de las relaciones entre la moral y el psicoanálisis? ¿Cómo interpreta Freud la moralidad humana, en particular la conciencia moral en su arqueología? ¿Cuál es la moral efectiva que se desprende de los textos de Freud? ¿Dónde se sitúan las virtualidades éticas que actúan en el mismo fondo del diálogo analítico?

A estas y otras muchas preguntas se hallará cumplida respuesta al leer detenidamente esta obra, breve y sencilla.

R. M. R.

G. BESSIERE

NUEVAS ANDANZAS DEL PAPA JACINTO

Edic. Sígueme. Salamanca, 1974. 131 páginas.

En este libro, de fácil lectura, el autor, en forma novelada, expone las sujeciones que impone el capitalismo y otros sistemas políticos sobre el libre desarrollo de la misión de la Iglesia cuya cabeza es representada por el Papa Jacinto. Por boca de este manifiesta la necesidad de unión y fraternidad a escala mundial rompiendo con todos los obstáculos: conveniencias políticas, mentalidades anacrónicas... que tal fin impiden.

MIGUEL GÓMEZ

BESRET, BERNARD

CLAVES PARA UNA IGLESIA NUEVA

Ed. Sígueme, Salamanca 1974.

Lo que se pretende en esta obra, es presentar unos horizontes, unos cauces para la vivencia en una Iglesia nueva. No distinta completamente de la anterior. Se trata de la misma Iglesia, pero es una realidad viva que necesita constantemente revisar el rostro que presenta al mundo, y que exprese mejor la plenitud de su vida.

Ha de estar libre de formalismo, de ritualismo, de legalismo, de clericalismo, etcétera. Ha de ser el nuevo Pueblo de

Dios que camina, movido por los carismas que el espíritu suscita en él. Analiza el autor nuestra fe en Jesús, fe personal y no intelectualizada, que se ha de vivir en comunión con quienes reconocen en Jesús un signo siempre activo para la humanidad, dentro de unas estructuras actualizadas, con un ministerio al servicio de la comunidad y siendo el centro y culmen de nuestras vivencias el encuentro en la Eucaristía.

PILES

URS VON BALTHASAR, HANS

RATZINGER, JOSEPH

¿POR QUÉ SOY TODAVÍA CRISTIANO? ¿POR QUÉ PERMANEZCO EN LA IGLESIA?

Ed. Sígueme. Salamanca, 1974.

Son dos conferencias que corresponden respectivamente a cada uno de los autores.

En la primera analiza Urs von Balthasar el hecho de su creencia en Cristo. Hace una visión histórica de los acontecimientos de la Iglesia a lo largo de los siglos y llega a las dificultades que existen actualmente para la fe del cristiano. Es el hecho Cristo, su donación a los hombres, la visión positiva que mantiene de la realidad, su defensa de la justicia, etc., lo que hace que se encuentre realizado en el cristianismo.

Por otra parte Ratzinger centra el confucionismo reinante en la Iglesia, en una crisis de fe, al mismo tiempo que por la valoración que se le hace un tanto parcial, desde el punto de la eficacia. No aparece segura sino que se la ve desgarrada y problematizada. No obstante afirma que permanece en la Iglesia, porque es el medio de encontrarse con Cristo, de compartir la fe con otros creyentes, porque a pesar de la distancia entre doctrina y práctica no ha dejado de proclamar el mensaje, porque la mira con ojos de amor.

PILES

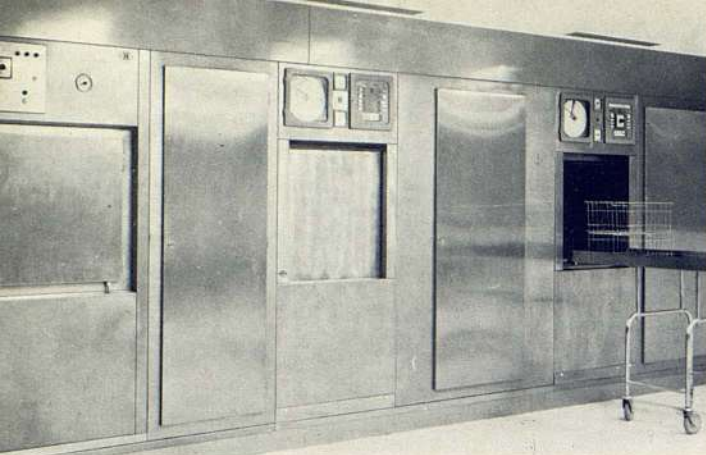
GIUSEPPE RUGGIERI

COMUNIDAD CRISTIANA Y TEOLOGÍA POLÍTICA

Ed. Sígueme. Salamanca, 1974.

El autor plantea el problema del compromiso cristiano ante la opción política. Los cristianos, como personas humanas, son sujetos de obligaciones y derechos políticos; han de promover el bien común y deben colaborar con todos en la realización del mismo; personalmente tienen derecho a optar por sus propias convicciones políticas, denunciar las injusticias sociales, económicas y políticas y pueden y deben contribuir a buscar nuevas formas de organización de la sociedad y usar los medios legítimos que hagan eficaces sus decisiones.

SEVERO GAMA



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

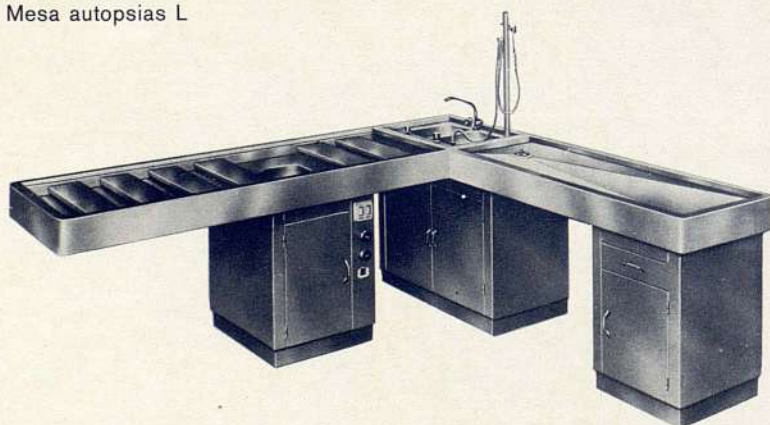
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
- Esterilizado
- Almacenaje de cuñas



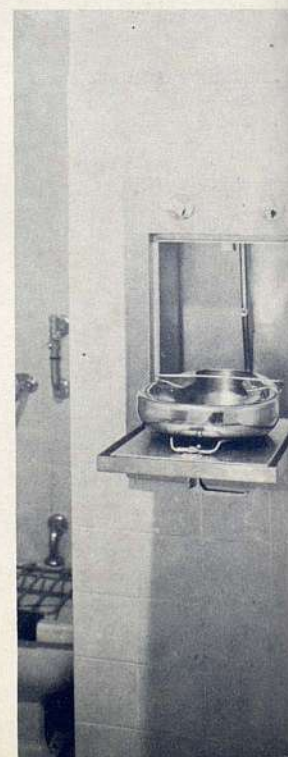
Entrega de:

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

Mesa autopsias L



Lavador de cuñas



Antonio Matachana, s.a.

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



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

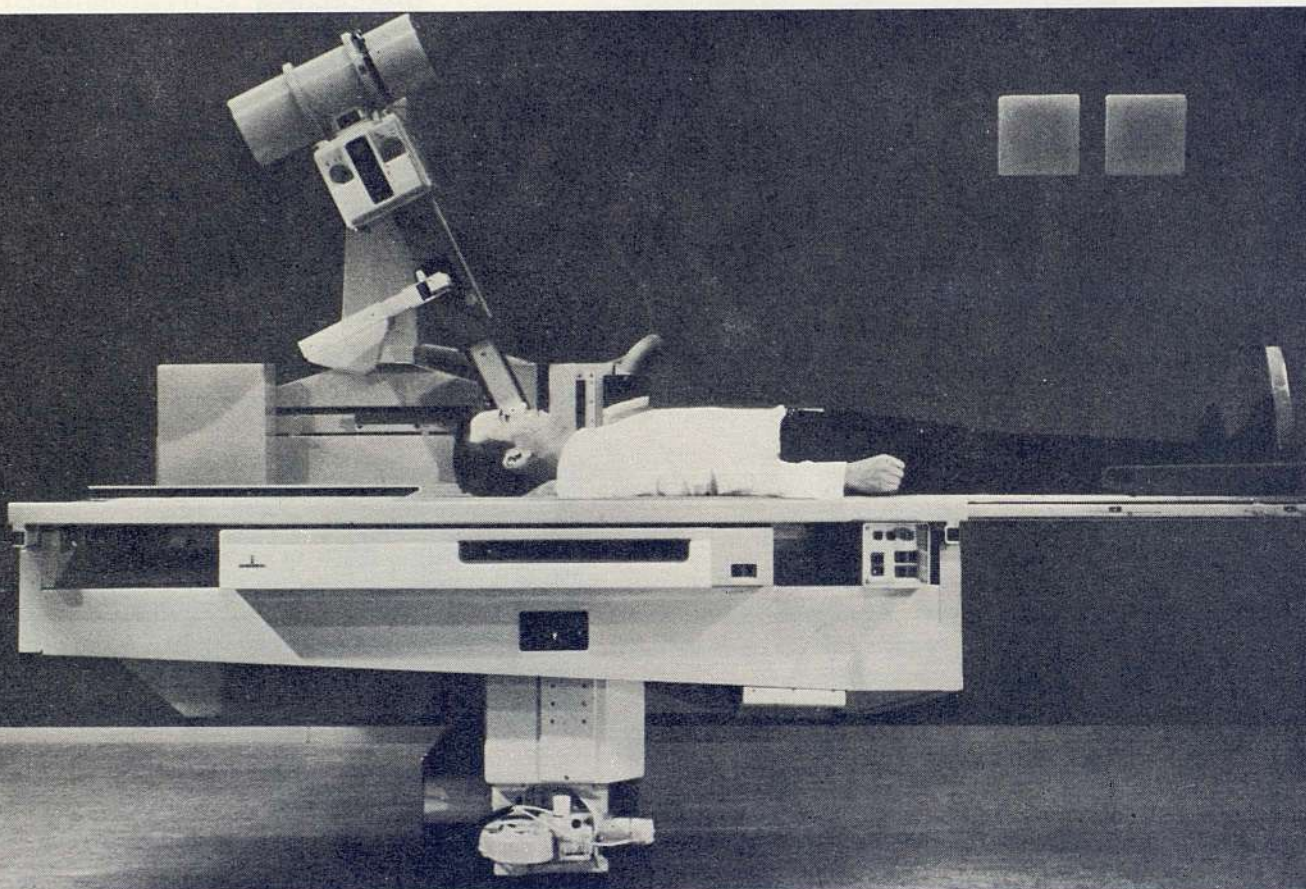
A. Cornejo Hormigo

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



SIEMENS

Con telemando



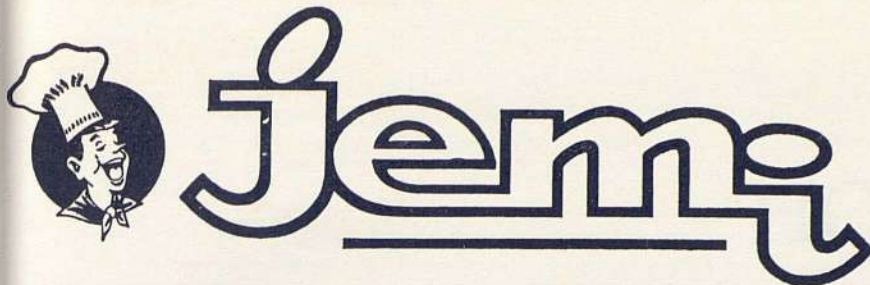
Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático 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

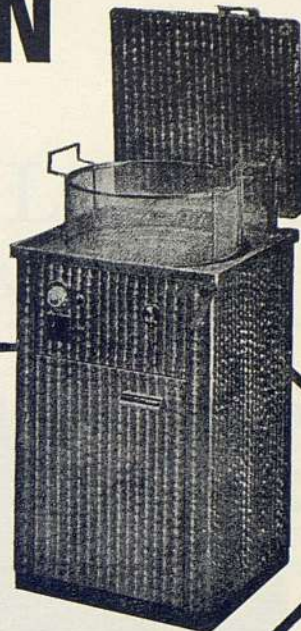
SIEMENS S. A.
Dpto. ELECTROMEDICINA
Orense, 2
Madrid - 20

FRIA MAS Y MEJOR CON



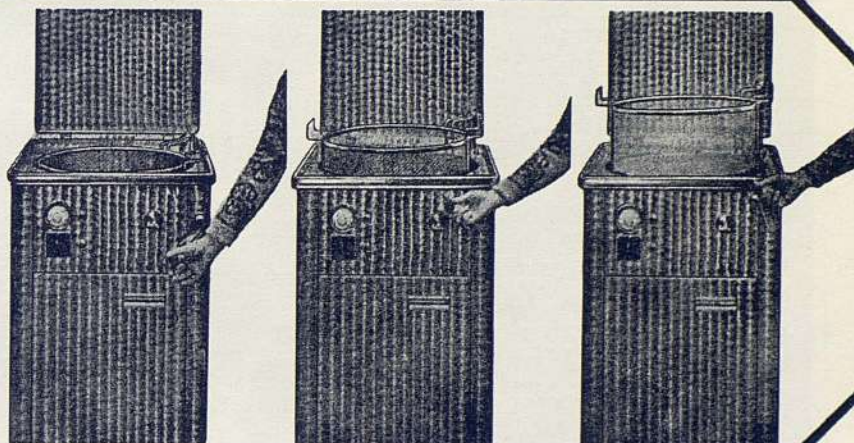
QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

MODELO
GOLIAT
30 LTS.



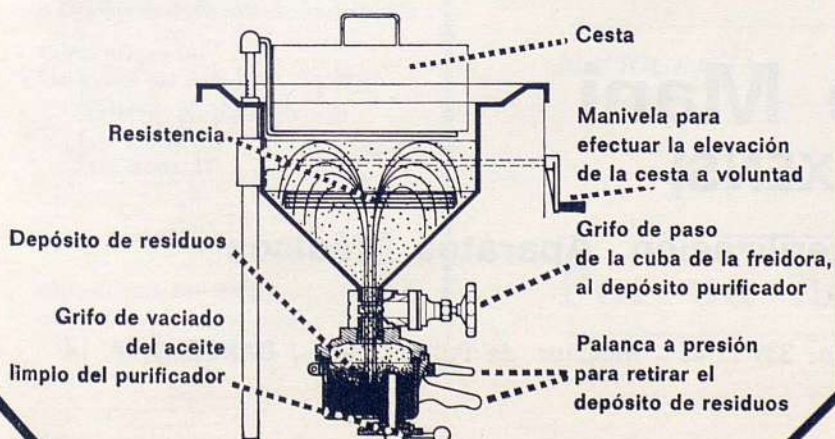
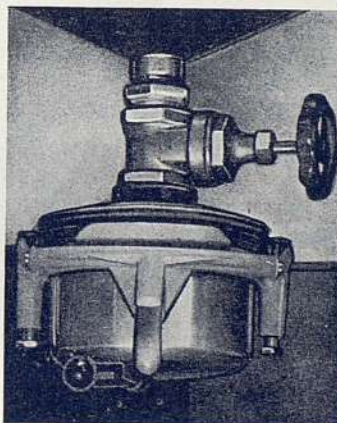
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

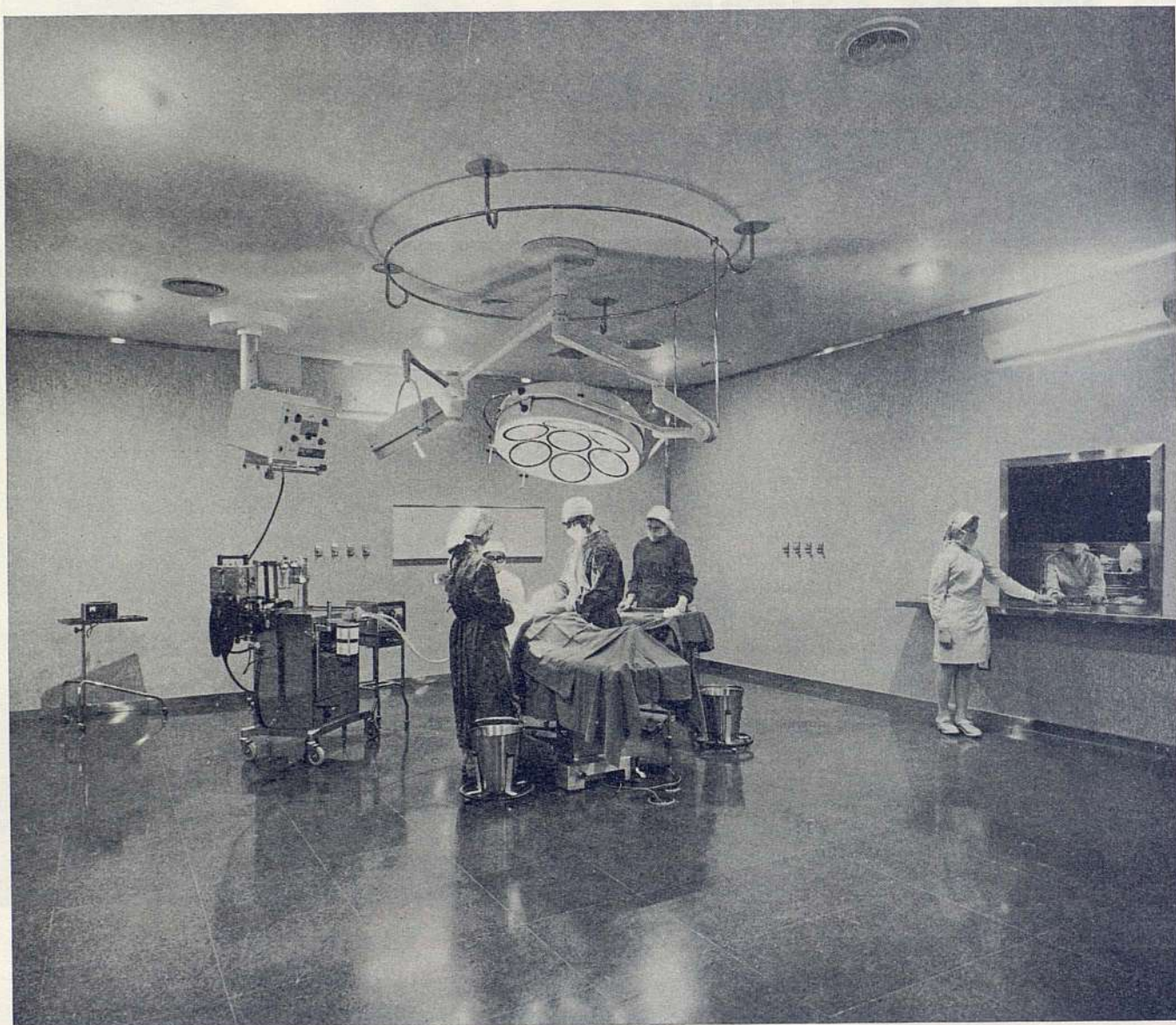
Modelo interesado

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

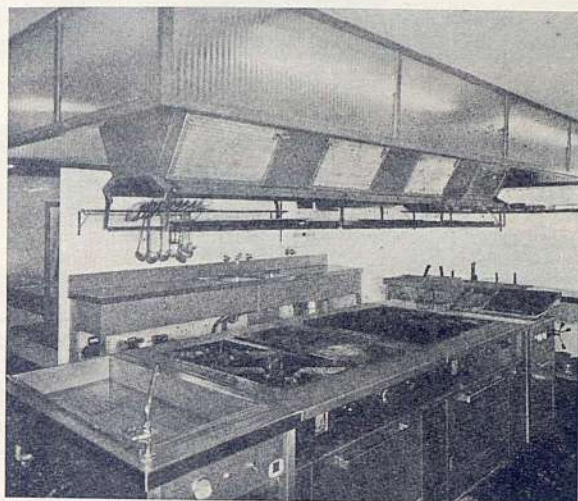
HOSTELERIA

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

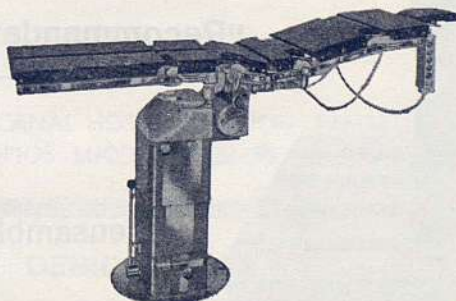
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Instrumental quirúrgico

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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



Aparatos médicos



Laboratorio



Mobiliario clínico



Electromedicina



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

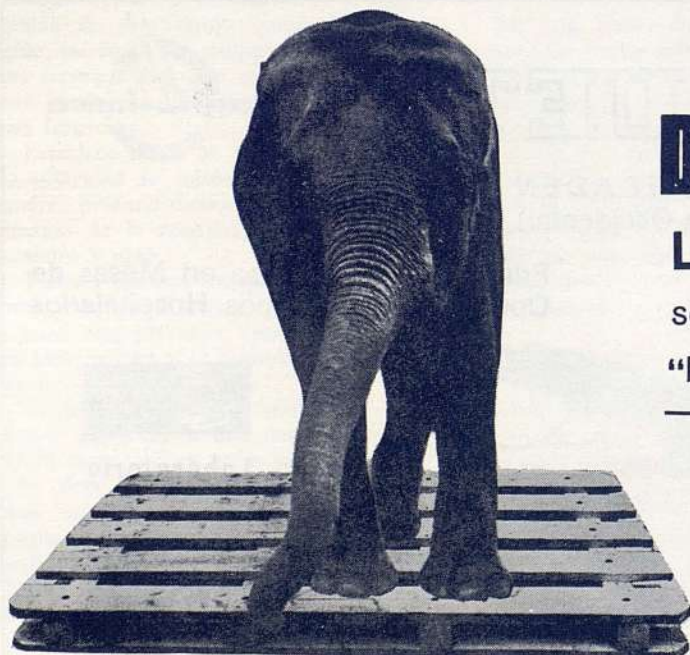
Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS

Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11

Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID

P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo

"Recommandation ISO"

más sólidas

(pino pirineo)

más duraderas

(ensamblaje con clavos de torsión)

más económicas

Medidas Standard y especiales

palettes



Miembro de la
Fédération Européenne
de la Manutention "F. E. M."

Solicite información a:

JOSE TORRES GAMBON

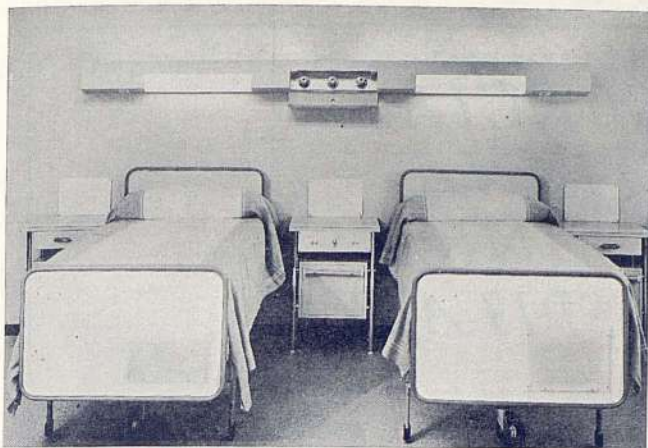
maderas - carpintería - embalajes

Rubio y Ors, 13 al 25

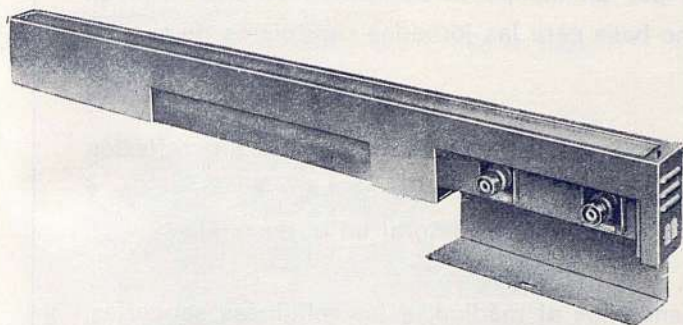
Tel. 377 00 90

Cornellá (Barcelona)

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

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

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

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



PPC. Madrid

PRESENCIA CRISTIANA EN CLINICAS Y HOSPITALES

El presente trabajo forma parte de un grueso volumen, elaborado por un equipo de religiosos de san Juan de Dios, como base para las jornadas capitulares de su provincia.

El libro tiene dos partes bien diferenciadas: una reflexión doctrinal sobre la enfermedad y el dolor en la Biblia, y las líneas que definen la pastoral en el hospital.

Lo recomendamos al médico, a las religiosas sanitarias, capellanes y personal vinculado al hospital.



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.

Sobre esta obra de Cruset se ha escrito el guión cinematográfico de la película que se prepara sobre san Juan de Dios.

Precio del ejemplar: 400 pesetas

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA

Curia provincial hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas, - Barcelona 17

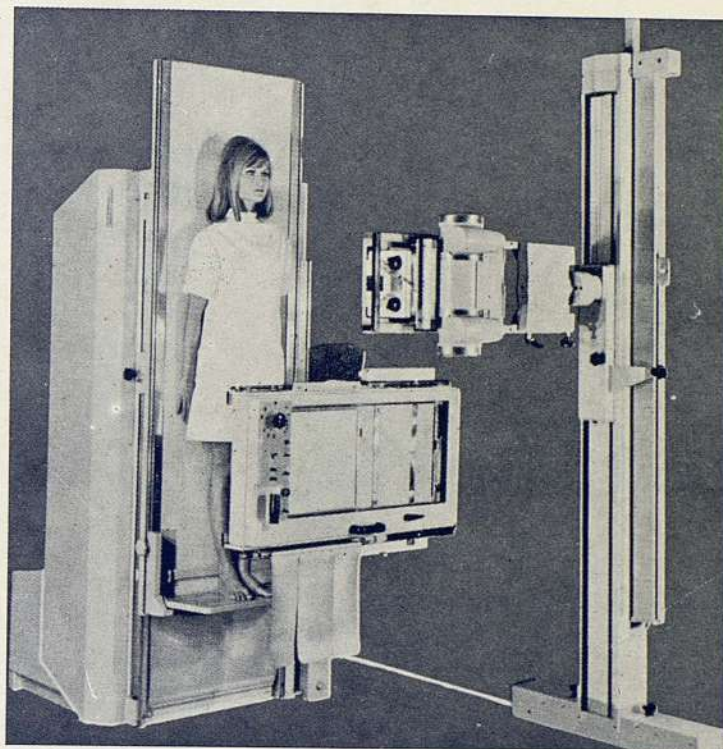
POR FIN...

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

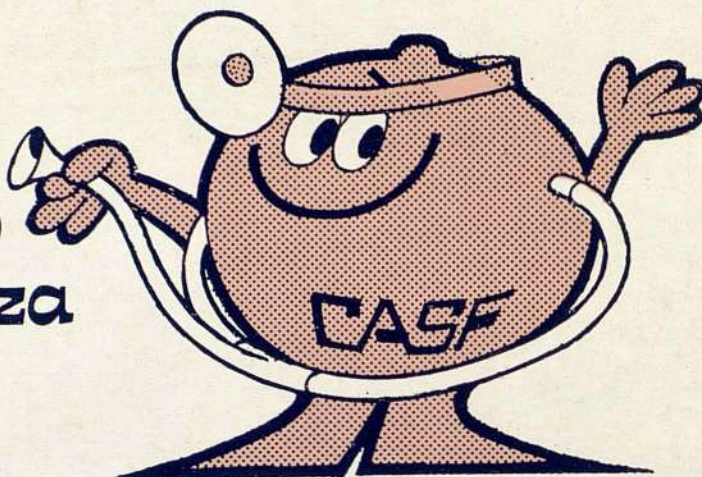
Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada 

CENTRAL

Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña
(Tel. *329 62 54)

AGENCIAS

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundación, 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 Cúbí
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)

Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1
Avda. Madrid, 92 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
Violante de Hungría, 100-102 (Torr. Perales)

HOSPITALET DE LLOBREGAT

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

S. ADRIAN DE BESOS

Carretera de Mataró, 18

BADALONA:

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

PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

¡Vale más quien sirve mejor!