

**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 29. Segunda época. Abril-Mayo-Junio
Número 160 Volumen VIII

Director

ÁNGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas
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
Tel. 203 40 00
BARCELONA 17

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

ENFERMERÍA Y MEDICINA. 52
UNA PROFESIÓN VISTA DESDE OTRA

Por DIEGO MARTINEZ CARO

DECLARACIONES DE MANUEL FRAGA IRIBARNE 60

Por JAVIER FOZ

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CONTABILIDAD 65
Y SU LENGUAJE

Por JUAN LUIS ALABERN

LOS MEDICAMENTOS Y LAS ÓRDENES RELIGIOSAS 67

Por JOSÉ M.^a GONZÁLEZ DE LA RIVA LAMANA

VALORACIÓN PRESENTE Y FUTURA 70
DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS
DE BARCELONA (II)

Por ENRIQUE GARCÍA RÍO

TESTIMONIO APOSTÓLICO DE LOS RELIGIOSOS 74
EN EL AMBIENTE SANITARIO

Por NATIVIDAD DEL HOYO

PARA UNA PASTORAL CON EL CANCEROSO (II) 78

Por CLAUDE HORTEMANN, M.I.

NUESTRO MENSAJE A LOS ENFERMOS (II) 82

Por ÁNGEL PERULÁN, O. H.

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN HOSPITALARIA 86

NOTICIARIO 90

Por un hospital más humano

Enfermería y medicina.

Una profesión vista desde otra

LA ACTITUD QUE ACERCA E IGUALA AL MEDICO Y AL AYUDANTE TECNICO SANITARIO, RADICA ESENCIALMENTE EN SER HUMANOS ANTE EL ENFERMO

MIS INTENCIONES

Al escribir este título, aún con el resto de las cuartillas en blanco, declaro mis intenciones, que no sé si lograré cumplir, de formular unas ideas personales lo más simplemente posible huyendo abiertamente del ropaje literario que no domino, del tono polémico que sería pedante y atrevido por mi parte y del aire protector o paternal que estaría en franca contradicción con lo que voy a exponer.

Considerando ambas profesiones, la del médico y la de la enfermera, en un mismo plano, intentaré unas breves reflexiones desde tres aspectos diferentes: entidad y perfil de la profesión de la enfermera, relaciones y diferencias entre la profesión del médico y la de la enfermera, y por último la fuente común en donde se identifican ambas.

Distancia y proximidad, pasión y objetividad, tradición y futuro se mezclan en este caso para hacer quizá más ardua y difícil mi tarea. Espero que el ambiente de franco diálogo en que me propongo escribir facilitará la comprensión y permitirá suplir con vuestra amable lectura mi torpe osadía. En mi descargo y justificación diré que la mayor parte de las ideas que expondré han surgido en mí, como destiladas de una intensa experiencia, al filo de la vida y de la muerte, en esta gran tarea común del quehacer médico.

ENTIDAD Y PERFIL ACTUAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERA

Vaya por delante mi impresión de que la profesión de enfermera sufre ahora, como muchas otras, en proporción y en formas distintas, una crisis de identidad.

Está claro que la profesión no es un invento de los tiempos modernos. Como ocupación, como práctica, es quizá la más antigua, o con frase de Osler, *la más vieja llamada*. Como profesión, como arte, tiene un origen moderno. A lo largo de los tiempos ha ido revistiendo formas diversas. Su quehacer ha pasado desde

Los valores de un ATS
no se dan por supuestos,
sino que se identifican,
se cultivan, se practican,
y sólo después se reco-
nocen adecuadamente



ser el socorro y auxilio de los desheredados y desahuciados, al de auxiliar del médico y, mucho más recientemente, al de profesión autónoma, en la que, como decía, palpita más o menos encubierta una crisis de identidad, fruto de los diversos tipos de formación y cualificación, del tipo y de la cuantía de las responsabilidades asignadas y de la consideración social y económica de que es objeto.

Una profesión supone el ejercicio de alguna actividad para la que se tiene una inclinación voluntaria, *vocación* y que se realiza con continuidad y dedicación, *autodisciplina*.

Cuando la sociedad reconoce una ocupación como profesión, además de exigirle los requisitos fundamentales —vocación y autodisciplina— le concede en cierto modo autonomía para la determinación de su papel. Si, en ocasiones, esto se le niega o se le dificulta, surgen las tensiones, la resistencia a los criterios impuestos y en último término, las crisis de identidad.

Este es, a mi entender, el estado en que se encuentra la profesión de la enfermería, situada en el centro de una crisis e intentando autodefinirse y determinarse, buscando *un lugar en el sol del Hospital* que no le venga autoritariamente impuesto y señalado.

La *Nueva Medicina*, la que tenemos entre las manos y vamos a vivir en el último cuarto de este siglo, representa sin duda una nueva época en la historia de la Medicina. Claro está que la historia no avanza por saltos, que cada nueva época tiene sus raíces más atrás. Sin embargo, podemos decir que, como fruto de los avances científicos, técnicos y sociales, en nuestra época nos toca vivir ahora un cambio más acelerado. A los avances en el *diagnóstico*, han seguido los avances en la *terapéutica* y a estos dos, la nueva concepción de la asistencia en los grandes centros médicos, la nueva medicina hospitalaria, en la que aparece con fuerza arrolladora una tercera e importante dimensión: *la de los cuidados*.

Cuidar —y creo que no es casualidad que en latín se diga *curare*— es poner *solicitud y atención para hacer bien alguna cosa*, según nos dice el diccionario.

Desde nuestro punto de vista el concepto de cuidados requiere centrar la acción de quienes por profesión han de trabajar en estos hospitales, en los enfermos, más que en sus enfermedades. Y este nuevo cambio del punto de mira, aunque parezca ya un tópico, ha supuesto un cambio radical en el trabajo de médicos y enfermeras, y en la organización hospitalaria toda. Supone, en pocas palabras, un nuevo reparto de papeles.

La necesidad de un diagnóstico cada vez más preciso y complejo exige el concurso, la observación y la participación de muchas personas, con conocimientos y destrezas muy avanzados. Administrar un tratamiento correcto, mé-

dico o quirúrgico, farmacológico o físico, puede suponer la intervención de equipos completos. Y, más aún, en uno u otro momento de estas actuaciones hay que observar al enfermo, y sus reacciones y combatir o compensar los efectos secundarios y complicaciones indeseables de muchos de estos procedimientos.

Y todo ello sin perder de vista el ser personal del enfermo. Su personal respuesta psicológica o afectiva ante la enfermedad que puede llegar a condicionar el curso de ésta y, en cualquier caso, constituir un elemento fundamental, si no el más importante de todo el cuadro.

Ante todo esto, resulta evidente que no puede bastar para *administrar la salud* la figura solitaria y tradicional del médico, ni siquiera la de un grupo de médicos. Son necesarios junto a él muchos otros participantes en la acción, en un grado u otro. Se ha hecho imprescindible rehacer toda la escena y establecer, como decía, un nuevo reparto de papeles.

En esta evolución, y por lo que a la enfermería se refiere, hay que señalar el impacto especial que han tenido las nuevas y avanzadas formas de enfermería. Las Unidades Coronarias y Unidades de Cuidados Intensivos, cuando han sido entendidas como Unidades de enfermería especializada, han supuesto el paso decisivo en la elevación de la profesión, que luego se ha diversificado bajo muchas otras formas de enfermería especializada.

Esta elevación ha supuesto un cambio en la figura y en la actividad de la enfermera, al exigirlo en tres aspectos concretos:

- Cambio en las responsabilidades asignadas, desde la imposibilidad, aún vigente en ciertos lugares de administrar, por ejemplo, cualquier medicación endovenosa, a la necesidad de que bajo su propio criterio haya de administrar un tratamiento eléctrico de urgencia en el caso de una fibrilación ventricular en la que se compromete la vida del paciente.

- Cambio en la formación, desde unos estudios desvaídos y generales de una cultura médica digerida, a la auténtica necesidad de conocer la fisiopatología de múltiples procesos cuya vigilancia continua exige unos conocimientos actualizados y profundos.

- Cambio en la consideración profesional y económica, más lenta si se quiere, pero que se deduce y es exigida por otros cambios que han afectado a la profesión.

Con estas consideraciones a la vista creo que puedo intentar un diseño de lo que ha de ser a mi juicio el nuevo perfil de la enfermera y, como consecuencia, de lo que debe ser la selección y la formación que se realice en las Escuelas de Enfermería.

En cuanto a sus condiciones y dotes humanas señalaría especialmente cuatro rasgos:

— INTELIGENCIA. Evidentemente existe aquí un amplio margen de posibilidades. Basta una inteligencia media para el tipo medio de enfermera que hoy se necesita. Se requiere una inteligencia por encima de la media para determinados niveles de especialización en los que pienso que la inteligencia guarda una relación bastante proporcionada con la calidad y con la eficiencia.

Y a este respecto diré que soy de los convencidos de que no existe un techo o un tope en las posibilidades intelectuales de la enfermería en la que tanto en sus aspectos generales como en áreas especializadas hay un campo inmenso por investigar. Por ello creo que llegará el día en que se puedan otorgar grados superiores universitarios en Enfermería, como ya se hace en algunos países.

— ESTABILIDAD. Al referirme a este punto quiero indicar no sólo la imprescindible estabilidad psicológica y emocional de la que la futura enfermera

tendrá que hacer tan frecuentemente uso, sino también la menos previsible estabilidad familiar y laboral que es hoy día uno de los grandes problemas de la profesión y que exige un estudio y unas soluciones más racionales que las actuales.

— CAPACIDAD DE TRABAJO. En la que dando por supuesta una fuerte motivación, hay que incluir una salud física y un mantenimiento de la forma tan olvidados hoy en día.

— CAPACIDAD DE ENTREGA. Probablemente, al aspecto más importante que resume las actitudes de quien intenta emprender esta profesión y, lo que es más importante, las de quienes han de ejercerla día a día. Por su importancia volveremos a ello en la tercera parte de esta exposición.

TRABAJO CENTRADO EN EL ENFERMO

Por lo que se refiere a la enfermera en su trabajo, me parece interesante señalar nuevamente la condición fundamental: es un trabajo centrado en el enfermo, lo cual supone que es junto a él donde debe transcurrir la mayor parte de su tiempo y requiere la eliminación en el mayor grado posible de otras tareas (de tipo auxiliar, burocrático, etc.) que la alejen de este centro y que serían cuando menos, antieconómicas.



En la nueva medicina hospitalaria aparece con fuerza arrolladora: la de los cuidados. Si cuidar es poner solicitud y atención para hacer bien alguna cosa, el ATS responsable debe prestar atención preferente a este gran menester que él personalmente debe cumplir y estudiar la mejor forma y manera de enseñar eso mismo a cuantos estén bajo su radio de acción hospitalaria.

Desde el punto de vista de una sistematización que nos permita caracterizar este trabajo, es importante el análisis del sistema de cuidados de enfermería, que si bien está desarrollado más especialmente para algunos tipos de cuidados más intensos, pienso que por extensión puede trasladarse, con las debidas modificaciones, a otras áreas.

Los momentos en la actuación profesional de la enfermera son:

— OBSERVACIÓN, vigilancia, exploración, obtención de datos directos o instrumentales. Es la primera etapa, verdaderamente fundamental, que requiere más dotes y una preparación altamente cualificada.

— CONFRONTACIÓN de estos datos con los propios conocimientos y experiencias de la enfermera para llegar a la formulación, explícita o no, de un juicio especulativo-práctico, sin lo cual pierde su base cualquier actuación racional.

— ACTUACIÓN en un doble sentido: en el de la comunicación (con el equipo médico, con el paciente y sus familiares, etc.) y en el de la realización de las medidas terapéuticas indicadas y de los cuidados adecuados al caso, continuando nuevamente con la observación y repitiendo de manera casi continua el ciclo indicado.

Se comprende, pues, la necesidad e importancia de unas aptitudes y actitudes bien precisas y junto a ellas de una formación que no se agota en unos pocos años intensos, ni con determinados cursos o cursillos, sino que, como la del médico, debe continuar toda la vida.

De lo dicho se desprende como conclusión que el nuevo status profesional, aun lejos de estar plenamente alcanzado, está cargado de responsabilidad y de prestigio.

Su establecimiento pleno es a mi juicio un hecho irreversible, pero, al mismo tiempo, creo que no automático. Ha de ser el fruto de una conquista. Y cuando hablo de conquista no pienso en unas reivindicaciones laborales satisfechas, sino en otro tipo de conquista, quizá más personal, que tiene como tres etapas:

— CONQUISTA DE LA NUEVA CONDICIÓN ante sí misma, asumiendo plenamente la propia vocación y la autodisciplina de esta *nueva* profesión.

— CONQUISTA EN EL MUNDO DEL HOSPITAL —especialmente entre médicos y administradores— realizada mediante los frutos de este trabajo bien hecho.

— CONQUISTA ANTE TODA LA SOCIEDAD, que vendrá después como una consecuencia irreversible.

Las manifestaciones económicas del nuevo status son también indiscutibles, por justas, pero tampoco creo que deben ser automáticas. La elevación de la profesión impone diversificación de *tipos de trabajo, en cualificación, responsabilidades, en competencia clínica*. Y esta diversificación ha de ser también la base de la nueva consideración económica de esta profesión como ocurre con otras profesiones superiores. Ni el mero título profesional a secas, ni la antigüedad, ni el estado jerárquico, son los indicadores; sino esta otra serie de valores mencionados arriba, quizá más difícilmente objetivables, pero que al ser reconocidos serán los que realmente den a la profesión su categoría y su prestigio, precisamente porque no se dan por supuestos, como el valor a los reclutas, sino que se identifican, se cultivan, se practican y, sólo después se reconocen adecuadamente.

de sus relaciones. Sin embargo, el *cómo* de estas relaciones ha sufrido también su evolución. Procurando superar los tópicos y las aureolas románticas, descubrimos al analizar la situación presente que no todo es rosado y sonriente, y muchos de nosotros podríamos relatar la pequeña historia de las *guerras no declaradas* en los ambientes que hemos conocido o en el nuestro propio.

Hasta casi la mitad de este siglo, desde tiempo inmemorial, el médico ha sido la figura plenamente dominante, si no la única reconocida, en la escena médica. La enfermera, aunque presente, era considerada como un *elemento auxiliar* que trabaja para el médico.

No me resisto a reproducir aquí una larga cita de Magraw: «De manera comprensible y, por ahora, casi refleja, nosotros los médicos nos resistimos a cualquier evolución que puede exigirnos abandonar nuestra posición autoritaria en la medicina. Reconocernos necesitados de la especial destreza de otros es confesar nuestras limitaciones... Las profesiones que nacen, clamando por su status, sienten esta resistencia y asumen que el médico es egoístamente incapaz de comprender su situación cuando no aprueba entusiásticamente sus pretensiones.

Pero no es esta toda la historia. Una parte importante de la resistencia del médico a este conocimiento deriva de su propio papel profesional que requiere que sea decidido y autoritario... Ciertos médicos estructuran todos sus contactos con los enfermos bajo la forma de un patrón autoritario.

Este patrón se difunde a todo el trabajo profesional de ese médico. En otras palabras, al ser ésta la manera como trata a los pacientes, o bien la continúa con los demás o se queda confuso e impotente; de aquí su actitud defensiva. Tales médicos no permiten que el personal auxiliar diga a los pacientes más que lo que ellos quieren que se les diga...»

El tipo de relaciones profesionales que deriva de esta actitud, que podríamos considerar como *tradicional*, se puede caracterizar como de *dependencia*. La consideración de las enfermeras como auxiliares se plasma incluso en no pocos términos de uso común; sin ir más lejos, el de ATS.

Un paso más avanzado supone el considerar que todos los otros profesionales que rodean al médico (no sólo enfermeras, sino todos los demás tipos de *técnicos Sanitarios*, reconocidos o no) están realizando *funciones delegadas*, esto es, funciones que los médicos podrían hacer pero que no hacen por razones de eficiencia o de conveniencia.

Creo que esta es realmente una situación poco exacta en multitud de ocasiones y en cualquier caso parece poco apto este tipo de relación *paternalista* para lograr una efectiva y entusiasta participación en el quehacer común.

La salida es otra: reconocer de una vez por todas la oportunidad de mejorar el cuidado y la atención de los enfermos mediante la cooperación con otros profesionales. En una palabra, mediante el *trabajo en equipo*, tan abundante en la boca de muchos y tan difícil de encontrar en sus verdaderas, y profundas dimensiones.

Dice Wilson: «El médico está obligado a rehacer su papel...; desde un espabilado curandero que a menudo presentaba cualidades carismáticas y gozaba de un respeto generalizado, está llegando a ser más bien un especialista técnico cuyo trabajo es parte del de un equipo estrechamente unido. Como miembro del equipo, el médico sacrifica al menos una cierta porción de su autonomía de acción y del prestigio único que tradicionalmente se concedía a su figura...»

La relación entre médicos y enfermeras en este caso es una relación de *interdependencia*. Por ello resulta imperativo el reconocimiento de un status profesional pleno. Y precisamente los médicos saben bien del valor de ese status y de su reconocimiento por el público. «Saben cuán a menudo se les acepta positivamente y se confía en ellos justamente porque son médicos, y cómo les resulta útil su status profesional para mantener los standards y realizar su tarea de cuidar a los enfermos». Esta es la razón por la que no debe negar un status similar a otros, sino más bien favorecerlo.

Tampoco se trata de cargar todas las tintas o poner toda la responsabilidad en un lado. Entre médicos y enfermeras ha existido, entre otras, la gran barrera de la distancia entre sus conocimientos y su formación y a partir de éstos, de su manera de pensar y razonar y, por lo tanto, de actuar. Donde esta distancia se ha ido acortando, la barrera ha ido desapareciendo y las relaciones profesionales se han ido estableciendo sobre las bases señaladas más arriba.

Aquí radica pues, una vía de acción: en la formación. Se tratará, pues, si queremos transformar las relaciones, de buscar y ofrecer posibilidades de mejorar la formación a todos los niveles.

Después, procurar conocer, y respetar, los conocimientos de cada uno.

En muchos casos, será posible y deseable establecer sistemas de educación continuada conjuntos, al lado de los enfermos: hacer y aprender juntos.

Otra vía práctica para *normalizar* estas relaciones será la de definir funciones dentro del trabajo común.

Evidentemente a ambos extremos del espectro existen aquellas funciones que pertenecen en exclusividad a una u otra profesión. En medio, en la tierra de nadie, que a veces parece la tierra de todos y cada uno, está el amplio núcleo de las actividades realizadas en común.

El módulo definidor será siempre el asegurar el cuidado mejor y más eficiente de los enfermos y el deseo de mejorarlo conjuntamente.

LA ACTITUD COMÚN

Una vez superados los problemas de relación, podemos mirar a todo este conjunto de profesionales como formando lo que Fox ha denominado la *gran profesión médica*, con rasgos diferenciables y específicos y caracteres comunes, sintetizados en la vocación y dedicación continua al cuidado del que sufre con ánimo de curarlo o aliviarlo, de proteger su vida y su salud y de intentar mejorar sus condiciones.

Es evidente el gran papel de esta profesión en nuestra sociedad de hoy, conmovida desde sus cimientos. Papel de testimonio y de acción en un momento en el que la crisis de los valores ha penetrado también en nuestro ambiente.

Uno no puede menos que preguntarse por esta especie de esquizofrenia, de desdoblamiento de la personalidad y de la conducta, que ha aparecido en nuestra profesión, como si se hubiese desvanecido el centro de gravedad donde se aplica su fuerza interior.

Resulta penoso y preocupante el considerar cómo al tiempo que enteros equipos médicos dedican impresionantes esfuerzos e interminables horas de trabajo para tratar, mediante complicadas y arriesgadas intervenciones, de salvar o mejorar una vida comprometida, en los mismos centros, otros colegas deciden y ejecutan la eliminación de cientos de vidas personales porque aún no han llegado a un arbitrario grado de madurez que no se sabe quién y sobre qué bases han establecido.

Resulta penoso comparar la sofisticada y costosa instalación de una Unidad de Cuidados Intensivos, donde la tecnología ha convertido la escena casi en un laboratorio de ciencia ficción, con el miserable cubo de desechos del mismo hospital donde se arrojan los fetos asesinados por los abortadores. ¿Quiénes, y por qué, ponen a unos niños en un sitio y a otros en el otro? ¿Somos los mismos?

Yo incito a todos ahora a considerar qué efectos puede tener sobre la profesión —que es vocación y dedicación— esta tremenda subversión de los valores.

Creo firmemente que sin una decidida, positiva y valiente respuesta a este y otros múltiples interrogantes, nuestra presencia aquí y, más aún, todo nuestro esfuerzo diario se convierte en una comedia inútil.

Dentro del proceso educativo, los *conocimientos* y las *destrezas* nos diferencian y especifican cada una de las profesiones que forman la *gran profesión médica*. Lo que tenemos en común es la *actitud* que nos acerca y nos iguala.

Si tuviéramos que resumir en una palabra en qué consiste esta actitud, diría que radica esencialmente en la *humanidad: ser humanos*.

Ser humanos es darnos cuenta y hacer percibir a nuestros colegas y alumnos que en nuestra profesión estamos manejando el material más precioso sobre la tierra: la vida, el dolor y la esperanza de los hombres, avalados además por todo el sentido trascendente que estos dones tienen desde hace dos mil años.

Ser humanos significa saber darse. No hay nada que despoje más al hombre de su ser que el egoísmo, ni le haga sufrir más que el aislamiento. «Sólo existe un sufrimiento: estar sólo», decía Gabriel Marcel. La apertura permite y asegura la relación con los demás, los otros colegas, los pacientes y sus familias, salvando los inevitables escollos de esta relación con ese generoso ponerse en la situación del otro y, junto con las propias, reconocer las limitaciones de los demás.

Ser humanos significa ser eficientes. Eficiencia, fruto de la idoneidad y de la formación, que no se detiene en el conocimiento de unos hechos más o menos aclarados por la ciencia de hoy, sino que sigue buscando ansiosamente la verdad que se nos oculta tantas veces, en medio de tensiones desgarradas en el ejercicio de nuestra profesión. Así el afán de saber, por estudiar, por investigar, se hace doblemente humano, y el mito de la ciencia o la técnica deshumanizadora se desvanece.

Ser humanos significa ser tenaces, con esa tenacidad ilusionada que no sabe de desmayos y que llega a mirar con la naturalidad de quien hace simplemente lo que debe, el dedicado esfuerzo que no conoce horarios ni descansos.

Ser humanos, significa, en fin, enseñar, una de las grandes misiones de nuestra profesión. Todos conocemos, por íntima, la tentación de encerrarnos, de aislarnos, de dejar que cada uno se las arregle como pueda. Y, por ello, sabemos también que la actitud de enseñar continuamente, al ser un modo de dar y de darse, humaniza.

Por eso creo, con Ortiz de Landázuri, que la Medicina que se hace en un hospital docente es más humana.

Y por ello me parece que intentos, como éste que nos une, a través de la palabra escrita, de mejorar la formación de nuestros profesionales, son la manera más alta de profesar la Medicina y la más eficaz de hacerla avanzar.

DIEGO MARTÍNEZ CARO

Director del Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra

La sanidad española, a consulta

DECLARACIONES DE DON MANUEL FRAGA IRIBARNE

Ofrecemos a nuestros lectores las interesantes declaraciones hechas a Jano, por el señor Ministro de la Gobernación, aparecidas cuando el último número de LABOR HOSPITALARIA estaba en máquina.

—Señor vicepresidente: La misma tarde de su nombramiento, en sus primeras declaraciones a los medios informativos, aludió usted a la Sanidad como una de las parcelas de su Departamento Ministerial. En estos momentos, en que usted dirige una delicada operación de reforma del sistema político interno, ¿qué prioridad puede otorgar a la resolución de los problemas sanitarios del país?

—A la altura de nuestro tiempo histórico, la política no puede concebirse desencarnada de unas demandas sociales que se hacen sentir con viveza. No es tanto una cuestión de prioridades como de interrelaciones. El Estado social de Derecho aspira a integrar los conceptos de libertad, justicia y eficacia.

«La defensa de una vida sana está en la raíz más profunda de la acción del Estado. Una eficaz política sanitaria, concebida con ambición nacional, cumple además una función de justicia porque opera un efecto redistributivo y acrecienta el equipamiento colectivo al servicio de toda la comunidad. Asimismo, cumple una función de libertad, porque instala al hombre en mejores condiciones de lucha contra las servidumbres de la enfermedad y el dolor que le coarta y limita.

«Dada esta perspectiva, hay que descartar el temor que parece subyacer en su pregunta de que las exigencias de la reforma política puedan traducirse en una postergación de la preocupación por la sanidad nacional.

—A finales de 1974 se acordó la creación de una Comisión Interministerial para el estudio de la Reforma sanitaria. El informe elaborado por esta comisión fue entregado al Gobierno en noviembre de 1975. ¿Cree

que dicho informe es una base válida para esta operación de reforma? ¿Puede ser considerado como vigente en todos sus aspectos?

—La Comisión Interministerial realizó un buen trabajo; creo que su composición, junto con la de sus ponencias y grupos de trabajo, ha sido la más cuantiosa de cuantas comisiones han existido en el país para estudiar el tema. Se me informa que no fue rechazada ninguna propuesta formal de participación en la misma. El resultado fue una extensa documentación que dio lugar a un acuerdo de Consejo de Ministros, que considero un buen punto de partida desde el que proseguir la labor.

—Una de las críticas que desde los sectores profesionales y los medios informativos se han formulado a la comisión que elaboró el citado informe, se basa en que no fueron consultados la totalidad de los elementos representativos de los sectores que han de verse afectados por la reforma. De ser así, ¿qué medidas cree usted que podrían tomarse para subsanar esta eventual deficiencia?

—Los mencionados trabajos no han desembocado todavía en decisiones operativas. Puede usted tener la certeza de que el Gobierno es el primer interesado en la participación de los sectores afectados en el proceso de toma de decisiones, y que todas serán contrastadas al nivel que su contenido exija.

—Consideramos que una eficaz política hospitalaria ha de ser uno de los aspectos fundamentales de toda la reforma sanitaria. Dado que los hospitales dependen actualmente de los más diversos organismos de la Admi-



nistración Central, Institucional y Local, así como de diversas entidades privadas, algunas con fines benéficos y otras con fines lucrativos, siendo frecuente la simultaneidad de diversas fórmulas incluso en un mismo hospital, se plantea la perentoria necesidad de una coordinación general. ¿Se ha trazado ya su Departamento alguna directriz de trabajo en torno a este tema de la política hospitalaria?

—Hay dos realidades innegables: de un lado esa dispersión en la propiedad, dependencia y gestión de los distintos hospitales públicos y, de otro, el gran desarrollo de la Seguridad Social, que protege ya a más del 90 % de la población española. Ninguna instancia puede responsabilizarse de la asistencia sanitaria de todos los españoles sin contar con la Seguridad Social. El fenómeno es ya lo suficientemente importante para que no pueda pensarse en más soluciones que las que partan de esa realidad. Pienso, por ello, que el problema que usted plantea no es de mera coordinación, y que ha llegado la hora de integrar muchos servicios estatales y paraestatales y de unificar a nivel central, autoridad, medios y responsabilidad. Deberán mantenerse, obviamente, ciertas peculiaridades de los distintos grupos de hospitales públicos y privados actualmente existentes, pero ni los hospitales, en su inmensa mayoría, pueden subsistir sin relación con la Seguridad Social, ni ésta puede responsablemente prescindir de los hospitales que no le son propios. Esa relación cobrará todo su sentido en un marco más amplio —el de un Servicio Nacional de Salud— que estime las necesidades y racionalice la administración de los recursos.

«Pero debe evitarse también la tentación de la jerarquización centralista. La clave del sistema deberá ser

la red hospitalaria regional. El nivel de la profesión médica española es lo suficientemente elevado para que no sea necesaria la frecuente evacuación de pacientes a los macro-hospitales de Madrid o Barcelona, con los costes psicológicos y económicos que esto supone para enfermos y familiares. La capacidad de gestión de nuestras Corporaciones Locales y de muchas instituciones privadas no puede ser tampoco desaprovechada. Cualquier solución de signo uniformista debe ser por ello excluida. Esta sería, pues, la primera tarea: establecer un sistema hospitalario que, en cada región, pudiera resolver todos los problemas que plantea la asistencia a todos los ciudadanos sin discriminación alguna.»

—*Estrechamente relacionada con la problemática hospitalaria, existe la cuestión del transporte urgente de enfermos, así como la escasamente regulada de la recogida de accidentados. ¿Se ha planteado su Departamento la necesidad de este tipo de servicios?*

—Considero que el tema es muy importante. Forma parte del complejo problema de la relación hospital-comunidad que deberá estructurarse de tal modo que todo el mundo conozca a dónde debe acudir cuando ocurra algo. Es necesario clarificar y disminuir la trama burocrática que dificulta esa relación.

«Se está trabajando en este asunto, en el que concurren factores de coordinación, de disciplina y, en no poco grado, de educación sanitaria y cooperación de toda la población. También la Dirección General de Tráfico y la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil tienen este tema entre sus objetivos prioritarios.»

—*El aprovechamiento de los hospitales, en su vertiente docente, tanto a nivel del pre como del postgraduado, constituye un factor que hace más compleja la cuestión hospitalaria, como se ha evidenciado recientemente con el caso del Hospital de San Pablo de Barcelona. ¿Cómo se plantea la coordinación en este aspecto entre el Ministerio de Educación con los otros Departamentos afectados?*

—Todo hospital, y en general todos los centros sanitarios, tienen una misión docente, pero no todos pueden cumplirla del mismo modo y al mismo nivel.

«En lo que se refiere a la docencia del pregraduado, además de la docencia total (teórica y práctica) que ahora se imparte en los hospitales universitarios, podría organizarse una docencia clínica en *hospitales asociados*. Las Facultades de Medicina se responsabilizarían de la enseñanza sistemática de los programas y descargarían parte de la enseñanza clínica en esos *hospitales asociados*.

«Mucho más problemática es la formación de postgraduados y especialistas. El sistema MIR ha supuesto una gran mejora para la formación y condiciones de trabajo de los médicos recién licenciados, pero ha creado una situación ambigua y contradictoria, pues no

acaba de definirse el carácter real de estos médicos que, por un lado, reciben una enseñanza pero, por otro, realizan un trabajo asistencial. La cuestión discutida de si son *médicos en período de formación o mano de obra barata* probablemente sólo puede ser resuelta empíricamente a la vista de lo que ocurre en cada hospital o departamento. Pienso que habrá hospitales en donde la enseñanza tendrá las atenciones y prioridades necesarias para que el sistema MIR esté plenamente justificado, pero que puede haber otros donde el sistema deba ser profundamente remodelado.

«Los hospitales, en efecto, no pueden otorgar la misma calificación profesional teniendo en cuenta solamente el número de camas. Su capacidad docente deberá reflejarse en su correspondiente *acreditación*, otorgada en virtud de una normativa conjunta de las autoridades académicas y sanitarias, y todo el sistema de formación de médicos deberá tener en cuenta esa acreditación.

«Entiendo que establecido el catálogo de recursos docentes utilizables a los distintos niveles, que pienso han de ser muchos en el país, ha de quedar simplificado para los alumnos y para los postgraduados el encaje en los hospitales y servicios extrahospitalarios.»

—*En el aspecto cuantitativo, ¿cómo y en qué plazos espera resolverse la falta de camas hospitalarias? En el aspecto cualitativo, ¿se tiene en cuenta que hay amplias zonas geográficas, incluso provincias enteras, que carecen de centros de alta especialización?*

—La limitación del número de camas hospitalarias ha de enjuiciarse en relación con el nivel asistencial y su índice de frecuentación. Urge, pues, instrumentar una política decididamente orientada a mejorar la calidad asistencial de toda la red de agudos; a incrementar las demás unidades asistenciales mucho menos costosas; a utilizar de forma más apropiada las consultas externas de los hospitales; a prestar atención domiciliaria a grupos de población (ancianos con problemas que no requieren atención médica permanente y especializada, minusválidos físicos en condiciones análogas, etc.), y sobre todo a garantizar un nivel óptimo de asistencia primaria, principalmente en el ámbito rural y en los barrios urbanos. Alcanzados esos objetivos y teniendo en cuenta las últimas estimaciones de carácter internacional sobre los índices deseables de camas por habitante, los déficit de nuestra Red a nivel nacional serían mucho menores de lo que comúnmente se viene advirtiendo. Reducir en todo caso ese déficit allí donde exista, tiene que ser también un objetivo prioritario, pero es importantísimo que aumentemos al máximo la eficiencia de nuestra Red porque los servicios hospitalarios, sobre todo de agudos, son servicios muy caros y ningún despilfarro nos puede ser permitido.

—*La conflictividad laboral del personal especializado afecto a instituciones hospitalarias ha constituido recientemente un problema grave. ¿Se ha pensado en una re-*

gulación especial de este tipo de conflictos? ¿Se ha pensado en resolver algunas de las causas estructurales subyacentes que han influido en la aparición de estos?

—Las causas estructurales que subyacen bajo esa conflictividad son, en todo caso, lo suficientemente complejas para que el problema no pueda ser liquidado con una simple receta.

«Todas las deficiencias de la Administración sanitaria y de nuestra propia sociedad están muchas veces en la raíz de estos conflictos. Corregir esas deficiencias —a muchas de ellas nos hemos referido en concreto— es sin duda el mejor remedio.

«Pero los conflictos no son siempre expresión de un defecto sino también, muchas veces, de una situación de reajuste y de adaptación.

«La propia concentración de un gran número de profesionales y de personal cualificado de todos los niveles en los grandes complejos de instalaciones sanitarias, es una nueva característica de estos servicios que permite alcanzar los altos niveles técnicos y científicos de la moderna medicina hospitalaria, pero que carece de precedente en el tradicional funcionamiento de la Sanidad y la asistencia y, evidentemente, facilita la aparición de estos conflictos.

«La propia socialización de determinados servicios ha podido dar lugar a inconvenientes derivados de una excesiva burocratización que será necesario corregir. En todo caso, creo que es importante conseguir que los médicos de *Staff permanente* puedan constituirse en los hospitales como equipos de trabajo con autonomía y medios suficientes para que puedan ilusionarse con su tarea; que la función docente del hospital respecto de los médicos jóvenes, disipe aquella ambigüedad —*alumnos-mano de obra barata*— de que antes hablamos. Habrá que llegar también a una mayor participación de los usuarios y del personal sanitario en la gestión de los hospitales, y acudir a métodos y procedimientos más flexibles de negociación y representatividad que faciliten el planteamiento de las cuestiones, su clara delimitación y posibles soluciones.

«Pero tampoco podemos olvidar que una parte de la conflictividad es debida a la acción directa de quienes la desean por sí misma, de quienes desean en todos los campos la ruptura violenta del sistema establecido, sin que les importe el precio que haya que pagar por esa ruptura. Repito aquí lo que he dicho muchas veces: podemos arreglarlo todo sin romper nada, pero pidiendo todos todo a la vez, podemos romperlo todo sin arreglar nada.»

—*Entre las cuestiones relacionadas con una eficaz política hospitalaria, a las que ya hemos hecho referencia, ¿cuál considera que requiere un tratamiento prioritario?*

—La mejor utilización cuantitativa y cualitativamente de los recursos humanos y materiales disponibles; para

ello, a su vez, creo que es esencial unificar, a nivel adecuado, autoridad, medios y responsabilidad.

—*Nos parece evidente que uno de los fines de toda reforma deberá consistir en poner la asistencia sanitaria al alcance de toda la población, sin distinción de clases. ¿Qué medidas se proyectan en favor de las personas que no están amparadas por la Seguridad Social?*

—El desarrollo de los servicios sanitarios debe basarse en el inexcusable principio de su disponibilidad para toda la población sin discriminación alguna. El actual sistema de seguridad social viene facilitando el cumplimiento parcial de dicho principio; es precisamente su actual nivel de desarrollo el que puede y debe poner al alcance de toda la población una estructura sanitaria asistencial sin ningún tipo de limitaciones.

—*Como usted sabe también perfectamente, la Seguridad Social española no cubre la hospitalización psiquiátrica. ¿Puede usted darme su opinión sobre este problema? ¿Se lo ha planteado a nivel de actuación de su Departamento ministerial?*

—La asistencia psiquiátrica es, sin duda, «el sector más rezagado, deprimido y marginado de la sanidad española». La baja calidad asistencial y la insuficiencia de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, que determinan y agravan la escasez de camas, están en la base de ese fenómeno. Se ha previsto un plan especial, urgente y prioritario, cuyas dificultades no deben subestimarse, pero que es imprescindible poner cuanto antes en marcha.

—*En el caso de procederse a una reforma sanitaria, ¿cuál cree usted que debería ser el procedimiento de financiar los gastos que ello entrañaría?*

—Este es uno de los problemas de la sanidad actual, el conseguir una mayor homogeneidad de los centros y de las prestaciones. Como hemos dicho al principio de esta entrevista, los servicios sanitarios y sociales son redistribuidores de la renta a las personas más necesitadas de medios económicos; una reforma fiscal y paralela del régimen de cotización y financiación de la Seguridad Social, se hace precisa para llevar a efecto todas estas ideas, y además, como usted puede suponer, esto no se puede llevar a cabo de forma inmediata sino formulando una política y proyectando unos plazos para alcanzar los objetivos de esa política. No olvidemos, por otra parte, que esta no es una idea abstracta, sino una decisión moral colectiva sin la cual la Administración, los funcionarios y los jueces no podrán hacer mucho.

—*¿Se ha pensado en la incidencia de la reforma sanitaria sobre la industria farmacéutica? ¿Cómo se coor-*

dinará la política de los diversos departamentos con respecto a los laboratorios farmacéuticos?

—Evidentemente, se ha pensado en ello. Es necesario proceder urgentemente, en una acción coordinada de los Ministerios interesados, las Corporaciones Profesionales y los Sindicatos correspondientes, a una minuciosa tarea de clarificación del mercado farmacéutico. Dicha tarea se ha de basar principalmente en el fomento de la producción de materias primas nacionales, la limitación de nuevos e innecesarios registros de especialidades farmacéuticas, el establecimiento de un nuevo sistema de fijación de precios que garantice su adecuación al coste real de producción y distribución, el control de gastos publicitarios; la educación sanitaria y una correcta asistencia para que nunca el medicamento sea un regalo sustitutorio de una buena medicina. Digámoslo claramente: de todos los sectores del mercado éste es sin duda uno de los que deben tener un componente mayor de servicios al público, más que de beneficio a toda costa.

—*¿Qué atención considera que debe dedicarse a la medicina preventiva, dentro del cuadro de un replanteamiento amplio de la reforma sanitaria de España?*

—Una atención máxima. Es posiblemente la actividad más eficaz y rentable para mantener la salud, aumentar la calidad de vida, alejar cronicidades, etc.

«Es necesario un esfuerzo que, completando y mejorando lo que ya es tradicional (puericultura, higiene escolar, industrial, etc.), vaya poniendo las nuevas técnicas de la prevención (frente a la agresión del medio físico o social, preferentemente) al alcance de todos.

«En este campo es fundamental la educación sanitaria de la población, que habrá que desarrollar cumplidamente en el futuro, y la actuación del médico general, el médico de familia, que cada vez vuelve a adquirir mayor importancia integrado en el conjunto del sistema asistencial.»

—*La defensa del medio ambiente constituye otra de las preocupaciones generales del país que afectan al contexto sanitario. ¿Qué enfoque pretende darle el Gobierno, del que usted forma parte, a este grave problema?*

—En efecto, el medio ambiente es una parte esencial del sistema de salud, y si tomamos el término en su sentido más amplio —ambiente físico y psicosocial—, es de importancia comparable a la de la propia organización de los cuidados médicos. De ahí que la protección del medio ambiente tenga que estar en la mente del Gobierno como una de las preocupaciones prioritarias.

«Ahora bien, las acciones que inciden en esta parcela son múltiples y variadas, desde la simple exigencia de

que se cumplan a rajatabla las dotaciones de zonas verdes en las nuevas urbanizaciones, hasta la creación de parques nacionales; el abanico es demasiado extenso para que se pueda tratar en detalle. Sin embargo, una idea fundamental al respecto podría pasar de la fase ambiente-no-nocivo a la etapa ambiente saludable, dentro de una política general de desarrollo.

«Por otro lado y desde la óptica del Ministerio de Gobernación hemos de potenciar las Comisiones Provinciales de Saneamiento, órgano de gran contenido técnico y gestión desconcentrada, agilizando sus trámites y encauzando, en este sentido protector del ambiente, sus decisiones a través de una nueva reglamentación.»

—¿Cómo explicaría usted el singular hecho de que el nuestro sea uno de los dos países de Europa que carecen de Ministerio de Sanidad?

—Pienso que por razones históricas y políticas. El hecho de que el *Seguro de Enfermedad* haya sido una auténtica bandera de la política social de las últimas décadas, quizás explique que esa parcela tan importante de la acción sanitaria del Estado no haya salido del Ministerio de Trabajo.

—¿Considera usted que debe haber un Ministerio de Sanidad en España? ¿Considera que un Ministerio de Sanidad podría solucionar los problemas de coordinación en este campo? En tal supuesto, ¿qué problemas fundamentales habría para su puesta en funcionamiento? ¿Plantearía dificultades la absorción de los servicios médicos de la Seguridad Social? ¿Podría irse a un Ministerio de Sanidad sin etapa alguna de transición, o sería necesario el establecimiento de etapas intermedias?

—Lo que realmente es necesario es que exista una buena política sanitaria. Pero instrumentarla sin hacer coincidir antes en un titular común la autoridad, los recursos y la responsabilidad, ha sido hasta ahora, en

verdad, poco menos que imposible. No creo, por lo demás, que la creación a estas alturas, del Ministerio plantee ningún problema insoluble a las técnicas jurídico-organizativas. En definitiva, la función crea el órgano.

—Una vez completa la reforma sanitaria, ¿qué ámbito debería quedar al ejercicio privado de la medicina?

—Yo pienso que el fenómeno de la socialización es irreversible. Lo que se ha hecho en esta línea es además lo suficientemente importante para que no pueda pensarse ya en cambios sustanciales de orientación. Todo parece indicar que el ámbito de la medicina privada tradicional se irá restringiendo progresivamente, pero no conviene ser excesivamente dogmático tampoco en este campo. La medicina privada no ha desaparecido en los países europeos hacia los que España intenta acercarse, e incluso en Inglaterra parece revivir una cierta práctica privada. En ningún caso debe desaparecer como resultado de una norma obstruccionista o de una política que no desee que exista una opción que pueda interpretarse como crítica o competitiva. El Estado tiene la obligación de ofrecer a todos los españoles una asistencia médica correcta y adecuada al nivel actual de la medicina. Pero no tiene el derecho de negar que existan otras opciones, sujetas claro está a una normativa sanitaria, profesional y deontológica, que, además, pueden operar beneficiosamente como complemento correctivo del propio sistema. Probablemente lo que habría que conseguir es incorporar algunos de los valores de la práctica privada a las ventajas indudables de la asistencia colectiva, siendo aquélla una importante fuente de criterios de evaluación.

—Muchas gracias señor vicepresidente por la atención prestada a nuestras preguntas.

JAVIER FOZ

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CONTABILIDAD Y SU LENGUAJE

«La contabilidad es sencilla: basta colocar sentido común, orden y honradez en Debe y Haber».

ANTONIO GOXENS DUCH

LA CONTABILIDAD ES EL ARTE DE EQUIVOCARSE LO MENOS POSIBLE

Es una realidad habitual y evidente hoy día la de que el ciudadano se aproxima a la contabilidad e intenta comprenderla aunque la mayor parte de las veces desiste de su empeño vencido por el desánimo y denunciando como causante del mismo la existencia de principios y reglas a los que tacha de contradictorios por resultar en algunas ocasiones excesivamente flexibles o por todo lo contrario en otras.

Sin embargo, para estas personas que experimentan de forma negativa sus primeros contactos con la contabilidad podríamos decirles que deben resignarse a no querer comprenderlo todo y a encomendarse al especialista, dado que la contabilidad está fundamentada en unas normas simples pero seguras aunque para su correcta aplicación se requiera mucha práctica y experiencia a la vez que criterio.

Los mismos especialistas son conscientes del carácter relativo y cambiante de las cifras y estados que presentan. La contabilidad es el arte de equivocarse lo menos posible en la evaluación del resultado de una actividad empresarial y en la expresión de su situación patrimonial y financiera.

La contabilidad es una técnica instrumental que traduce en números y ordena en asientos y cuentas la total actividad económica de la empresa, uniformando todos sus actos al hacerlos rigurosamente comparables, desde que comienza la planificación hasta que termina el proceso productivo. Y como lo esencial para el empresario no es tanto saber cuanto acertó o erró en su previsión, sino por qué y en qué secciones de la empresa hubo o no coincidencia entre proyectos y realizaciones,

síguese de ahí que el centro de gravedad de la contabilidad, cuyo resumen se hace en la Cuenta de Pérdidas y Ganancias no es el mero resumen de unas diferencias entre abonos y cargos que se arrastran de cuenta en cuenta y se acumulan en la última (facturación o ventas), sino la suma algebraica de los saldos de las secciones principales.

Una ojeada a la cuenta de Pérdidas y Ganancias nos dice, no sólo cual es el resultado final de la empresa, sino también cómo han colaborado en él cada una de sus distintas secciones, es decir, cómo y por qué ha surgido un saldo positivo o negativo, un superávit o una pérdida; donde se cumplió la previsión del empresario en todas sus partes y donde fallaron sus pronósticos.

En estas condiciones, la Contabilidad se transforma en una verdadera guía para el empresario, además de ser un resumen numérico de la actuación de la empresa, pero es también, sobre todo y ante todo, un instrumento sensible de control y, por tanto, una eficaz garantía para el acierto en la gestión del empresario.

LA CONTABILIDAD FORMA PARTE DEL BAGAJE CULTURAL DEL HOMBRE MODERNO

Ahora bien, no hay que confundir Contabilidad y Teneduría de Cuentas: la Teneduría de cuentas obedece a reglas de un rigor y de una exactitud absoluta. Una cuenta es exacta al céntimo. Sin embargo, las cuentas debidamente comprobadas y verificadas con detalle no tienen —en conjunto— ningún carácter absoluto. Generalmente, traducen un juicio aproximado sobre el estado económico y financiero de la empresa. Hay que interpretarlas. Así pues, la contabilidad no es solamente

la teneduría de cuentas, aspecto interesante únicamente al contable, de la misma manera que el arte de escribir no es sólo el respeto a la gramática.

En la Edad Media aparece el primero de los principios contables: la inscripción por partida doble y que arraiga con fuerza debido básicamente a razones de seguridad para no incurrir en errores y agilizar al máximo la búsqueda de los mismos caso de producirse. De cualquier forma, hoy día ya no se trata de sumar sin errores, «hay que ver claro» la situación de la empresa en un mundo que cambia abocándonos hacia:

- a) La síntesis de las cuentas y su presentación en el balance y las cuentas de resultados.
- b) El control de las cuentas y la organización contable.
- c) El análisis de los resultados por productos, servicios, etc., o sea, los estudios de rentabilidad y de precios de coste.
- d) La contabilidad presupuestaria o lo que se ha venido en llamar control de gestión o gestión de control.

e) El análisis financiero, análisis de balances, etc.

El que en la actualidad, la contabilidad sea moneda de uso corriente al servicio de las personas radica en el hecho de proporcionar un lenguaje común a todos los que de lejos o de cerca están interesados en la vida económica. Abundando en esta circunstancia puede enunciarse la característica de que el lenguaje contable es el mismo para todas las nacionalidades y todos los sectores empresariales.

Como decíamos más arriba, la contabilidad sirve para fijar objetivos, medir los medios de acción o apreciar los resultados. Es el lenguaje con el que la empresa dialoga con el público (ya sea el gobierno o sus organismos oficiales, trabajadores, etc.) y con el que los jefes y responsables de sus servicios y departamentos intercambian sus puntos de vista.

Antes hemos dicho que el lenguaje contable es universal pero debemos añadir que no se habla siempre de la misma manera ya que aún existen lo que podríamos denominar variantes lingüísticas o dialectos contables, utilizados por las empresas despreocupadas, anticuadas o que se apartan de los principios comúnmente admitidos.

Por todo ello, podemos decir que la contabilidad ya no es sólo cosa de contables o de comerciantes: forma parte del bagaje cultural del hombre moderno. Incluso se baraja la posibilidad —en algunos países europeos— de enseñar principios de contabilidad a los estudiantes de bachillerato.

A medida que un mando asciende en la jerarquía tendrá que tratar cada vez más problemas de orden financiero, de orden contable y de contabilidad. Así pues, la contabilidad es una cuestión de *saber hacer* práctica y también cultural. El tiempo que dediquemos a iniciarnos en la contabilidad no será tiempo perdido si nos atenemos a esta doble condición.

PRIMERO

El lenguaje contable —como todos los lenguajes— es una creación de la práctica. O sea, para entenderlo de verdad es imprescindible práctica en la lectura de los documentos contables, es decir, balances, cuentas de explotación, etc. El razonamiento solo no basta. La contabilidad no está hecha únicamente de lógica. También, como en los idiomas, hay en ella convenciones, costumbres, modismos, que sólo el uso justifica.

SEGUNDO

Hay que empezar por los ejercicios más sencillos como puedan ser el leer un balance, explicar el resultado de una actividad empresarial, antes que emprender trabajos más sutiles como el que representa el análisis de los precios de coste, los presupuestos, etc.

Ahora bien, se dice que el balance es el principio y fin de toda contabilidad respondiendo la realidad del balance a una doble cuestión:

- ¿de dónde viene el dinero? (Recursos) — PASIVO
- ¿a dónde va el dinero? (Empleos) — ACTIVO

y siempre manteniéndose la igualdad: $ACTIVO = PASIVO$ o lo que por otra parte representa la ecuación fundamental de la contabilidad: $NETO = ACTIVO - PASIVO$.

Así pues, el objeto de la contabilidad es llegar al balance. Cada hecho mercantil o asiento contable registra una operación comercial, financiera o industrial. Aparece por tanto, la mecánica contable: Debe y Haber. De acuerdo con el principio de la partida doble, cada asiento constata que hay una parte que recibe (deudora) y una parte que entrega (acreedora). Por consiguiente, los asientos contables van modificando el balance aunque sin cambiar nunca el equilibrio del activo y del pasivo.

No hay deudor sin acreedor, puesto que en cualquier operación administrativa son necesarios los dos elementos de la relación cambiaria. Como consecuencia de ello, la suma de valor que se adeude a una o varias cuentas ha de ser igual a la que se abone a otra u otras varias referidas a un mismo hecho contable. Por consiguiente, todo hecho contable supone una igualdad aritmética de valores positivos y negativos.

A modo de conclusión podemos decir que la técnica contable está totalmente desarrollada y no pueden esperarse grandes innovaciones o perfeccionamientos en la misma. Desde hace mucho tiempo los centros docentes imparten una seneñanza sistemática de la contabilidad general: los títulos de cuentas, su manejo, los asientos y la forma de obtener los balances son ya clásicos.

JUAN LUIS ALABERN

Administrador del hospital San Juan de Dios

LOS MEDICAMENTOS Y LAS ORDENES RELIGIOSAS

NUEVO SERVICIO FARMACÉUTICO DE HOSPITALES

Creo ser sincero afirmar que preparo este trabajo para los lectores de *LABOR HOSPITALARIA* por haber sido un tanto responsable de sembrar la inquietud en la dirección médica y religiosa del centro hospitalario San Juan de Dios de Pamplona, acerca de la necesidad o más bien la conveniencia absoluta de contar con un profesional del medicamento, responsable de un Servicio Farmacéutico. No sé la calidad de mi siembra, pero respecto al terreno abonado en que se desenvolvió nuestra compañera M.^a Ángeles Zabalza, no cabe la menor duda que tuvo que ser excelente a juzgar por las consecuencias debido a su labor y esfuerzo reconocido: el Inspector Provincial de Farmacia ha inaugurado un nuevo Servicio Farmacéutico de Hospitales en esta ciudad, que hace el cuarto y Dios quiera no sea el último.

EL INTENTO DE CURAR LA ENFERMEDAD NACE CON EL HOMBRE

La enfermedad es tan antigua como la misma humanidad, por lo que es lógico que el intento de curarla o aliviarla nace con la misma historia del hombre. Desde sus comienzos éste busca en la naturaleza aquellas sustancias vegetales, minerales o animales que le alivien o parezcan curar sus padecimientos de forma instintiva. A medida que la inteligencia va evolucionando en este primitivo ser, el mismo piensa y razona y aunque en el aspecto del dolor, la enfermedad y la muerte se ve frenado por la idea de seres superiores y fuerzas sobrenaturales contra las que no puede e incluso no debe luchar. Recibe, la inmensa mayoría de las veces, el bien y el mal como consecuencia de un premio o castigo a sus actos, y busca un intermediario que analice las causas y que sirva de cauce e intercesor ante estas fuerzas superiores apareciendo así la figura del brujo, mago

o sacerdote ya que inmediatamente tiene implicaciones seudoreligiosas. Este personaje más o menos consciente de la realidad de su papel se sirve en su cometido de ofrendas, ritos, amuletos, sortilegios, sacrificios, antecedentes muchas veces de las prácticas sanitarias, ya que en él recae la doble función de intentar saber la causa y curso de la enfermedad así como de preparar y aplicar el remedio correspondiente; esto es de la duplicidad de las ciencias médicas y farmacéuticas.

Las primeras noticias que existen de una prescripción escrita, esto es de una receta, son de unos 2000 años antes de Cristo en arcillas aparecidas cerca de Nínive de escritura cuneiforme. Posteriormente las ciencias sanitarias van evolucionando de forma notable en Egipto, Grecia, Roma, que incorporan no sólo nuevos conocimientos sino también nuevas sustancias medicamentosas, especialmente de los reinos mineral y vegetal, hasta la decadencia que sufrieron todas las ciencias en general a lo largo de la Edad Media. Durante todo este tiempo, bien una persona o varias, trabajando a la vez, conjuntan todas las facetas sanitarias, hasta que un pueblo culto, científico, en expansión y profundamente religioso como los Árabes, preconizan ya en el siglo XII por medio de Avenzoar la elaboración de los medicamentos como una especialización; dándose cuenta de que su correcta obtención requería dedicación por completo a ello. Esto en realidad no fue seguido por occidente sino hasta un siglo después y muy tímidamente.

APARECEN LOS DROGUEROS

Debemos aclarar que otra cosa distinta ha sido a lo largo de la historia el personaje del Droguero que supone exclusivamente vendedor de drogas a granel y en bruto, a fin de ser elaboradas posteriormente primero por el médico o *físico* y luego por el farmacéutico o *boticario* para la obtención del medicamento. Existieron importantes y famosos drogueros, fijos o errantes ya que

incluso a finales del siglo XVIII en la zona vasconavarra acudían a las Ferias locales o comarcales los drogueros franceses con tanto éxito y sustanciosas ganancias, que para evitar la competencia nuestros antiguos paisanos les acusaron de hugonotes. Aprovecho la ocasión para aclarar cierta terminología equívoca que padecemos, como hablar de drogas al traducir revistas de idiomas anglosajones por el principio activo de las mismas que en castellano se conoce como fármaco. También se le denominan genéricamente drogas a aquellas sustancias brutas o elaboradas cuyo consumo habitual puede dar lugar a dependencia, y que Sanidad llama estupefacentes

No es de extrañar en el confucionismo de esta época a la que nos referimos que dada la mala reputación de los sanitarios fuese reflejada la desconfianza en las leyes del Fuero Juzgo. Sólo algunos judíos y la Escuela médica de Salerno ejercían no sólo con éxito sino con auténtica profesionalidad.

INTERVENCIÓN DE LOS RELIGIOSOS

Es en esta situación cuando los religiosos intervienen de forma activa en la sanidad, debido a que en sus conventos no sólo intentaban curar a sus hermanos de Orden, sino a todos los que acudían solicitando asistencia. Ejercen indistintamente como médico y farmacéutico aunque a lo largo de la historia obtendrían mayor fama en la segunda faceta. Tal vez tomasen las palabras evangélicas de «cuidar a los menesterosos» para dicho ejercicio, ya que san Benito al fundar el primer convento lleva a cabo la creación de un hospital y dentro de él, el lugar en el que se elaborarían los medicamentos, experimentándose con ellos. También Casiodoro recomendó el estudio de las obras que pudiesen instruir a los monjes en esta labor, como las de Dioscórides.

En la época medieval es normal encontrar monjes en estos menesteres, médicos-farmacéuticos dejando señales indelebles en todo el mundo como los planos para la modificación del monasterio de San Galo en el 820, proyectado por el abate Gezbert, en los que se indica el lugar adecuado para la preparación y conservación de medicamentos, en llamado *Armarium pigmentorum*, así como las plantas que deberían cultivarse en el Jardín Botánico del convento. En un principio, no se encarga a nadie en concreto de estas misiones, pero en siglos posteriores se encuentran monjes con el nombre de *apotecarios* que llegan a ostentar una categoría especial, a veces tan sólo inferior a la del prior.

Bien es cierto que el ejercicio de las ciencias médicas por los religiosos no se ve con buenos ojos por las altas jerarquías de la Iglesia, ya que continuamente se les prohíbe dichas prácticas comenzando por el siglo IX en el Sínodo de Ratisbona, y en Concilios posteriores, como en el siglo XII el de Reims, Londres, Letrán,

aunque verdaderamente bien pobres resultados obtuvieron de los mismos si juzgamos que hasta santa Hidelgarda, que de noble familia funda un convento y es abadesa del mismo, llega a escribir un libro llamado *Phísica et Causae est curae*, que es una recopilación de productos medicinales de los tres reinos. La prohibición de ejercer la cirugía se basaba en que la Iglesia aborrecía la sangre y la de la medicina debido a que los religiosos deberían ver cosas no apropiadas para ellos, aunque como hemos expuesto poco influyeron en los resultados y aun menos o casi nada en su actividad farmacéutica, ya que ésta siguió ejerciéndose por muchos siglos habiendo muchos religiosos que alcanzaron gran fama como apotecarios.

En España, no sé si a pesar, o debido al dominio árabe, este ejercicio es practicado como es fácil de comprobar en los relieves del monasterio de Poblet donde se observa a un monje aplicando una pomada a un enfermo, o la abadía de Perelada instaurando un enema. En 1379, el primogénito de Aragón solicitó *unicornio* al prior de Roncesvalles, siendo éste uno de los medicamentos de más valía. Todo esto sucede a pesar de que Alfonso X el Sabio en el Código de las Siete Partidas, de 1263, prohíbe a los religiosos aprender *física* ni aun con el pretexto de atender a la salud de los monjes. Con todas estas prohibiciones hubo boticas de mucha fama, dentro del terreno religioso, especialmente en monasterios de renombre como el de Santo Domingo de Silos, en Burgos; Guadalupe, en Cáceres desde su fundación en el último tercio del siglo XIII; el de Montserrat, Santa Catalina Montalegre, San Jerónimo de la Muntra, y del Valle de Hebrón en Cataluña; el Real Convento de Atocha de Madrid; Santa Engracia y los Capuchinos en Zaragoza, ubicados en grandes núcleos o zonas de población así como en lugares de paso, o final de peregrinaciones.

MEDICAMENTOS PLURIFÁRMACOS

El dato de que en 1006 el Obispo de Chartres, Fulbert, enviase triaca magna y diversas pociones a su colega Adalberán, me da pie para decir unas palabras acerca de la evolución y actualidad de los medicamentos plurifármacos, cuyo conocimiento e interés se mantienen aún hoy en día.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN

No vamos a exponer, ni aun someramente, la historia y evolución que ha sufrido a lo largo de la humanidad el concepto y elaboración de la terapéutica medicamentosa, y no por falta de interés de dicho tema, sino por juzgar que nos alargaríamos demasiado. Ello no es óbice para creer que debemos con absoluta necesidad apoyarnos en la historia a fin de dejar bien sentado

que la utilización de numerosos remedios conjuntamente elaborados y a la vez suministrados ha sido una constante en el desarrollo sanitario de la humanidad. No cabe duda que buscando aunar en una sola dosificación las propiedades curativas, auténticas o atribuidas, a los simples que la formaban, fue el objeto de esta técnica. En estos preparados de muchos fármacos, primero se guardaba una identidad del reino de la naturaleza a que pertenecían, para posteriormente, mezclarlos también entre ellos de forma indiscriminada, medida que parece una lógica consecuencia de la cultura y conocimientos de la época, ya que la utilización terapéutica de los medicamentos va siempre en consonancia con el tipo de medicina desarrollado en ese lugar y de las bases que sustentan la misma, así como los principios considerados como constituyentes del cuerpo humano, o los humores que equilibraban el organismo y su salud. En fin, todas las teorías médicas de interés a la farmacia aparecidas hace 30 ó 40 siglos.

Interesante sería también revisar los escritos y publicaciones que nos diesen una visión panorámica a lo largo de los tiempos, por lo menos de aquellos libros que marcaron un hito fundamental de esta estructura que se ha ido edificando (Hipócrates, Aristóteles, Teofrasto, *Materia Médica* de Dioscórides, Galeno como padre de nuestra galénica, decadencia de la Edad Media, resurgimiento en el Islam con Ramsés, Avizena con su *Canon Medicinal*, y Mesué con sus *Cánones*), aunque sólo debemos analizarlo en cuanto al tema que nos interesa, la mezcla de simples o utilización de plurifármacos antes y después de que se separen de forma real las ciencias médicas y farmacéuticas, allá por el siglo XIII, aunque hubiesen sido preconizadas como campos independientes con anterioridad por Avenzear.

No se trata de analizar los clásicos remedios y secretos como la *Panacea Universal* o el *Elixir Filosofal*, ni la *Piedra Espiritual*, pero sí un remedio que proviene de hace varios siglos y ha sido utilizado hasta muy recientemente. Es fácil deducir que se trata de la *Triaca Magna*, de la que hay referencias a mediados del siglo X en España, del cargo de Muhtassib que no sólo era médico principal sino que su autoridad se ejercía sobre todos aquellos que se dedicaban al arte de curar, y vigilaba también el ejercicio de la farmacia, llevando como anexo el cargo de «preparador de la *Triaca*». Posteriormente, dentro de la medicina islámica apareció ya en el siglo XII el célebre Averroes (cordobés, médico, filósofo y jurisconsulto) que escribió entre otras obras el «*Tratado de la Triaca*».

Uno de los primeros farmacéuticos o boticarios, tal vez el segundo, desde que Manlius de Bosco escribió una obra integrante de sus principios, para los profesionales, es el barcelonés del siglo XV Pedro Benedicto Mateo, con el título de «*Libro para el examen de Boti-*

carios y también para la enseñanza de muchos adolescentes», finalizado el 12 de octubre de 1497, y en el que hace especial mención de los medicamentos más útiles y difíciles de obtener, como el *Mitrídato* y la *Triaca Magna*.

Llegamos al siglo XVII en el que se comienzan a realizar las bases de la investigación experimental sentadas en el siglo anterior, y sin embargo todavía con el fin de defenderse del extendido uso general de los venenos, vuelven a tener gran actualidad ciertos preparados entre ellos la célebre *Triaca Magna*. Esta elaboración, atribuida por muchos a Andrómaco, médico de Nerón, debe ser tenida como el símbolo de la plurifarmacia, tanto por su compleja composición como por las complicadas operaciones que se debían realizar en su preparación. Su composición ha sido muy variable según la época, llegando desde un máximo de 50 simples a casi 200. Por ser utilizado como antitóxico y antidoto de venenos tenía ingredientes tan curiosos como la carne de víbora hembra, que no tuviese huevos incubando. Modernamente han sido llevados a cabo estudios farmacológicos sobre los posibles tipos de acciones de sus componentes, creyendo poder asegurar que sólo eran ligeramente antisépticos del aparato digestivo debido a las sustancias balsámicas que contenía, y sin embargo en su época se le atribuían curaciones sobre procesos tales como la rabia, la peste, la sífilis, etc. Ya hemos indicado que su elaboración era un tanto rocambolesca, previamente aprobados los simples a emplear por un tribunal médico-farmacéutico, con gran pompa y empleando incluso materiales preciosos como plata y oro. Se llegó a veces a realizar la ceremonia públicamente, tanto en el siglo XVII como por el Protomedicato en el XVIII, siendo su fabricación exclusiva de los Colegios que llegaron a vivir del ingreso sustancioso suministrado.

Esto ocurría rayando casi el siglo XIX, en escuelas de tanta solvencia a nivel europeo, que era lo mismo que decir en esa época a nivel mundial, como la de Venecia, Tolosa, Montpellier.

El tiempo ha pasado, han evolucionado de forma impresionante las ciencias médicas y farmacéuticas, se han incrementado terriblemente los conocimientos y sin embargo nos encontramos en muchos aspectos, ante una situación similar que una serie de imponderables nos han llevado a ellas, pero que en vez de ser debida a ignorancia o tradición (que no la tiene la actual especialidad farmacéutica) está basado, por desgracia, en una impresionante visión crematística de la salud pública.

JOSÉ M.^a GONZÁLEZ
DE LA RIVA LAMANA

Jefe de Farmacia,
Residencia Sanitaria Virgen del Camino



VALORACION PRESENTE Y FUTURA DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS DE BARCELONA

II

RED ASISTENCIAL GERONTOLÓGICA

La doctrina internacional nos indica que para la atención integral del anciano se requiere una red asistencial gerontológica, eso es, una coordinación de varios centros con cometidos específicos y funciones complementarias, debidamente jerarquizados, interdependientes y situados en el área a la que sirven.

La asistencia geriátrica (medicina) debe ejercerse en los Hospitales Geriátricos, en los Hospitales Generales que cuenten con unidades geriátricas, y en los dispensarios especializados en definitiva, en los centros situados estratégicamente en la red asistencial, en función de la demografía, de las características socio-económicas, del nivel sanitario e incluso del mayor o menor envejecimiento de la población.

Una área demográfica de 100.000 a 150.000 habitantes (el equivalente a un distrito medio de Barcelona) debe disponer para cubrir las necesidades asistenciales, tanto médicas como sociales, de una estructura siguiente:

- 1 Hospital Geriátrico de 300 plazas, como núcleo básico.
- Hospital de día para 500 pacientes, con dispensarios, rehabilitación, ergoterapia, que puede funcionar depen-

diente del hospital geriátrico, e incluso compartir algunos servicios.

1 Centro grandes inválidos	100 plazas
3 Hogares-residencias	400 plazas
1 Centro larga estancia para convalecencia y recuperación	100 plazas
— Clubs u Hogares de Día, para	400 ancianos
— Viviendas protegidas especializadas, con comedores, limpieza y otros servicios domiciliarios, para	500 ancianos

Dichos Centros deben actuar con la necesaria interrelación funcional, que asegure el intercambio, la rotación y la más apropiada utilización.

El Hospital necesita drenar los casos crónicos. Hay situaciones intermedias poco definidas que entorpecen tanto al hospital como a la residencia: largas convalecencias, procesos de invalidez progresiva, rehabilitaciones, etc. Precisan instituciones más adecuadas. Los hogares y residencias deben tener asegurada la atención geriátrica de sus acogidos cuando éstos lo necesiten. Si bien en algunos la presencia del médico de cabecera, el geriatra, puede solucionar un alto porcentaje de casos, será necesario trasladar al hospital al anciano con afecciones agudas o crónicas en fase de reactivación.

Ninguna institución puede ser auto-suficiente. Razones de economía abogan para una distribución racional de cometidos. La concentración de medios materiales y personal altamente tecnificado (hospital) tiene como contrapartida el encarecimiento de la asistencia.

Para una residencia le es más económico concertar con el hospital la prestación de los servicios especializados, para, en su caso, evacuar a un anciano e incluso volverlo a recibir, si el problema médico está resuelto.

Recíprocamente, para un hospital, cuyo coste estancia/día es cada vez más elevado, ocupar las camas con pacientes en fase de rehabilitación, recuperación, convalecencia, o simplemente estancados en una fase cronificada de las típicas afecciones geriátricas es no solamente antieconómico sino antisocial, restando posibilidades de curación al que realmente necesita hospitalización.

POBLACIÓN-NECESIDADES DE BARCELONA

Veamos el crecimiento de la población y la incidencia de ancianos en la misma.

En 1968, se estimaba el crecimiento de la población de Barcelona en 2,1 % aproximado anual acumulativo. Era una tasa alta, ya que la media en Europa oscila entre el 0,5 y el 1,1 % anual. Pero la inmigración constituía un aporte de población superior al mero crecimiento vegetativo y se estimaba alcanzar en 1970 una población total de 1.800.000 habitantes.

Dentro de este proceso demográfico, el grupo de ancianos crecía a un ritmo superior, el 3,9 % anual. Las previsiones nos hablaban de graves problemas carenciales, dada la escasez de plazas para el internamiento de aquellos casos de enfermedad, invalidez y desvalidez que en cualquier comunidad no desciende nunca del 3-4 %.

Las hipótesis planteadas respecto a la evolución de los ancianos señalaban un crecimiento mayor, teniendo en cuenta la mejora de la Esperanza de Vida y el freno de la corriente inmigratoria.

Sin embargo el envejecimiento de la población barcelonesa ha tenido una evolución mucho más rápida que la calculada. La población total, tanto por haber alcanzado el techo migratorio, como por saturación de la reducida área urbana municipal está estacionada. El censo de 1970 marca una regresión (1.775.000 habitantes en 1969, 1.745.000 en el censo de 1970).

Los factores que inciden en el envejecimiento de una comunidad (*baja natalidad, baja mortalidad, longevidad*) han dado en 1970 las cifras siguientes, según el Censo:

NATALIDAD	17,28 ‰
MORTALIDAD	8,55 ‰
CRECIMIENTO VEGETATIVO	(nulo)
ESPERANZA DE VIDA	72,3 años

Saldo inmigratorio en 1970, 8.632, de los que sólo 403 son mayores de 65 años (el 4,66 % total).

Cuando las previsiones más exageradas indicaban un crecimiento del grupo de ancianos entre el 4 y el 5 % anual, nos hallamos con 230.000 personas rebasando los 65 años, el 13 % de la población total.

El crecimiento anual de la tercera edad ha sido del 7 %; de 6 a 7 veces más acelerado que el del resto de la población. (Esta, después del Censo, sigue el 1 % anual.)

La prolongación de la edad media (de, 62,1 años en 1950, y de 69,7 años en 1960, se ha alcanzado 72,3 años en 1970), la reducción de la natalidad y el incremento del número absoluto de ancianos determina el coeficiente o índice de vejez de un país. Es posible que para 1980, el 12 % de la población española pase de los 65 años. Pero para dicha fecha, *uno de cada 7 barceloneses*, más del 15 % de la población total, rebasará dicha edad.

El peso específico de este grupo tiende a un aumento que compromete gravemente el equilibrio demográfico y económico de la ciudad.

La O. M. S. considera como *mínimo* disponer la hospitalización o internamiento de un 3 % a un 4 % de los ancianos (3,5 % fijado en los paneles).



Timothy Dalton con los ancianos de Ciempozuelos

En 1968, la ciudad sólo ofrecía el 2,01 (3.461 plazas) cuando se hubieran precisado indispensablemente 6.000.

A la vista de los datos ofrecidos por ISPA, el número actual de plazas es mayor, unas 4.200 plazas.

Pero el crecimiento de la población anciana ha sido mucho más acelerado que el ritmo de crecimiento de plazas disponibles, y por tanto, *sólo el 1,8 % de los ancianos pueden internarse*. El déficit de plazas es abrumador.

El desfase entre demanda y posibilidad de satisfacerla tiende a aumentar, de tal modo, que en los momentos

actuales no se cubre ni el 50 % de ese mínimo dispensable.

Faltan de inmediato, con carácter de suma urgencia 4.000 plazas más.

Examinemos el problema, bajo un criterio más amplio que el del internamiento, el de todas las necesidades que plantea habitualmente una población de ancianos con toda la gama de ayudas y asistencias que un programa gerontológico debe prever.

Los índices satisfactorios aceptados en Europa nos dicen que el 20 % de los ancianos necesitan ayuda, de una u otra forma.

En 1970, la población mayor de 65 años ascendía a 230.000. De ellos, 46.000 (el 20 %) requeriría un tipo u otro de ayuda.

PROTEGER AL 20 % DE LOS ANCIANOS

25.300	9.200 Plazas hospitalarias (un 4 %)	
	6.900 Plazas en centros de inválidos, rehabilitación y cuidados a ancianos dependientes (3 %)	11 %
	9.200 Plazas en residencias, de todo nivel económico (4 %)	
	9.200 Plazas en Centros recreativos de día, Hogares Clubs, (4 %)	
	11.500 Ancianos necesitan servicios domiciliarios, viviendas especiales, servicios de comedor (5 %)	

Aceptemos atender a las necesidades mínimas, a las inaplazables en razón de su urgencia social, y debere-
mos contar con no menos del 50 % del óptimo señalado (*unas 12.600 plazas*). Aun así, la oferta disponible actual sólo hace posible atender a un tercio de los ancianos que resultan *asistibles*.

Consecuencias inmediatas de esta situación deficitaria las conocemos y las vivimos a diario.

- *Ancianos hospitalizados e internados a precario*
- Problemas al ser dados de alta (un 60 % de los hospitalizados, son mayores de edad)
- *Ancianos desvalidos totalmente abandonados*
- (Carencia de Instituciones para albergarlos)
- *Largas listas de espera en hospitales y residencias*
- (Muchas veces la muerte llega antes que la admisión).

MIGRACIONES

La migración, como factor del crecimiento de Barcelona y otras importantes poblaciones de su comarca, ha tenido un efecto beneficioso en la envejecida pirámide catalana de edades. Los movimientos de población debidos a este factor tienen como características principales, por un lado la aportación de un mayor número de adultos en situación potencial de dar el máximo rendimiento; por otro lado la proporción de ancianos es mucho menor a la de la población que les acoge,

NECESIDADES DE LOS ANCIANOS DEL AÑO 1970 (230.000)

Un 20 % de dichos ancianos necesita ayuda, de una u otra forma (46.000)

N.º ancianos	% s/total	TIPO DE AYUDA	ATENCIÓN NORMAL N.º PLAZAS ÓPTIMO	URGENCIA SOCIAL MÍNIMOS (50 % del óptimo)
ENFERMOS —9.000— (Hospitales Generales, Centros Psiquiátricos, etcétera)	4 %	<i>Cama de Hospital Geriatría</i> <i>Hospital de día Centro Psiquiáti.</i>	9.200	4.600
				12.650
SANOS —16.000—	3 %	<i>Centros de inválidos</i>	6.900	3.450
7 % (internamientos)	4 %	<i>Residencias</i>	9.200	4.600
Servicios de	9.200 4 %	<i>Centros recreativos (Hogares de Día)</i>	9.200	4.600
Día	11.500 5 %	<i>Viviendas, Serv., Dom., Comidas, Ayudas inespecifi- cadas.</i>	11.500	5.750

aunque la integración de los mismos resulte más onerosa, por carecer de suficientes recursos y constituir obstáculos para los jóvenes recién llegados, en su doble vertiente de hallar vivienda y trabajo. De los inmigrantes llegados a la ciudad de Barcelona, entre 1960 y 1968, sólo el 2,86 % excedió de los 65 años. Cuando las dificultades de trabajo y vivienda han frenado la inmigración, Barcelona se ha constituido en plataforma provisional de recepción, desde la que reemprenden su migración hacia el cinturón de municipios de la comarca. Alcanzando prácticamente el techo de saturación, el saldo de personas que quedan en la ciudad es cada vez menor, pero, de esta emigración consecuente a la inmigración nos deja un número mayor de personas ancianas, que además ofrecen una mayor incidencia de enfermedades y desamparo social. El asentamiento de los inmigrantes jóvenes se hace muchas veces a costa de los ancianos. En 1970, el % de ancianos del saldo migratorio ha sido del 4,66 %. En 1971, el % de ancianos inmigrados alcanzaba el 7 %. La demostración de que estos ancianos inmigrantes nutren con mayor frecuencia que los autóctonos las camas de hospitales y residencias está en las estadísticas hospitalarias. En el Hospital Geriátrico Nuestra Señora de la Esperanza, se analizaron las admisiones de los últimos diez años, y sólo el 26 % corresponden a nacidos en la ciudad, siendo el 74 % restante procedentes de inmigrantes residenciados. Esta proporción es mucho mayor que la correspondiente a la estructura habitual de nacidos y residenciados posteriormente (60 % y 40 %, aproximadamente).

EVALUACIÓN FUTURA

Es posible que el crecimiento del grupo de personas mayores de 65 años (hasta 1970 el 7 % acumulativo) quizás no se mantenga con dicho ritmo.

Pensar en un futuro inmediato, aun en la más moderada previsión (que los 230.000 ancianos de 1970

hayan crecido a razón de un 4 % anual acumulativo) nos lleva a un cálculo de:

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN + 65	ÍNDICE VEJEZ
1970	1.745.000	230.000	13,1
1971	1.767.000	239.000	13,5
1972	1.785.000	248.000	13,9
1973	1.803.000	258.000	14,3
1974	1.821.000	269.000	14,7
1975	1.838.000	280.000	15,2

Para 1976, dichos ancianos necesitarán

	ÓPTIMO		MÍNIMO (50 % del ÓPTIMO)	
Plazas				
Hospital	4 %	11.200 Pl.	2 %	5.600 Pl.
Inválidos crónicos	3 %	8.400 Pl.	1,5 %	4.200 Pl.
Residencias	4 %	11.200 Pl.	2 %	5.600 Pl.
TOTAL	11 %	30.800 Pl.	5,5 %	15.400 Pl.

Si consideramos el aumento del potencial asistencial posible, incluido que el Plan Gerontológico ponga en servicio su hospital de Barcelona (1.450 plazas) y otras posibles realizaciones, quizás dispondremos de 2.000 plazas más en 1976.

Tenemos un déficit del 62 %; sólo podemos solucionar 1 de cada 3 casos graves.

El desfase creciente entre necesidades y recursos parece señalar graves dificultades para el futuro del internamiento del anciano barcelonés. Y si no se crean nuevas plazas, antes de 1980 todos los hospitales de Barcelona estarán saturados de ancianos, colapsando el servicio sanitario de la ciudad.

ENRIQUE GARCÍA RÍO

TESTIMONIO APOSTOLICO DE LOS RELIGIOSOS EN EL AMBIENTE SANITARIO

SER SACRAMENTO DE CRISTO EN LA IGLESIA

No puedo negar el respeto que supone para mí escribir para unas personas que, como yo, se dedican al cuidado y asistencia de los enfermos. Este respeto se compensa con la alegría de saber que ustedes y yo estamos embarcados en la misma labor: *ser Sacramento de Cristo en la Iglesia* y para esto, un día optamos por un modo de vida, el de la *Consagración*.

Y de esta coincidencia y sacramentalidad ha brotado una alegría esperanzadora porque: me ha hecho reflexionar en profundidad sobre el tema del apostolado en el ámbito sanitario; porque lo conflictivo del tema, obliga a tomar posturas serias, valientes y decididas; porque la vida y el amor son las claves que están en juego en todo apostolado, máxime, si éste se desarrolla en el campo sanitario; finalmente, porque me han dado la ocasión de decir, desde aquí, que la vida religiosa es para vivirla *desde* y *en* la fe y que fuera de este contexto, es imposible el apostolado sea en el campo que fuere.

Los datos informativos que durante estos días he recogido sobre la vida y actividades de los religiosos en el campo sanitario, me han hecho concluir que al lado de la crisis, en ocasiones tan acentuada, está el esfuerzo esperanzador de los que luchamos por salvar esas dificultades marcadas por un modo de vivir; por unas determinadas formas o estructuras; por una sensación de inseguridad; por una inquietante búsqueda de caminos nuevos para que las cosas *marchen mejor*.

Sin embargo, también es cierto que los problemas y las dificultades no nacen, aunque sí dependen en parte, de unas formas o estructuras de vida, sino de algo más profundo, como puede ser una falta de experiencia de Cristo vivido como novedad y que produce un sentido de admiración por lo más insignificante.

A partir de este descubrimiento cobra otro sentido la necesidad ineludible de contemporizar las formas para facilitar el vivir esa experiencia de Cristo con más profundidad, así como la cercanía al *otro*, siendo testigos de Él desde la vida y con la vida.

IDENTIDAD DEL TESTIMONIO CRISTIANO

Para hablar del testimonio apostólico de los Religiosos en el campo sanitario *hoy*, me he visto en la necesidad de recurrir a algo muy sencillo, pero muy significativo para la comprensión de lo que ahora nos ocupa. Es el significado de la palabra testigo.

Testigo es la persona que no sólo ha conocido un hecho por información, sino que lo ha vivido, lo ha experimentado y de ahí le llega la fuerza con que comunica y la

valentía con que presenta el rostro de Cristo. Testigo que declara un hecho vivido. Desde esta perspectiva, los cristianos *somos* testigos por habernos encontrado personalmente con Cristo resucitado. De este encuentro se deriva, un nuevo conocimiento experimental y vital, una visión por los ojos del corazón.

Esto significa que Cristo es sentido como contemporáneo; que está vivo y actuando como principio transformante de toda realidad humana. Ser *testigo* significa: Alimentar el mundo con frutos *espirituales* de plenitud en Espíritu, porque se tiene fe en que la ley suprema del desarrollo es el mandamiento nuevo del amor aprendido en Cristo. Estar totalmente comprometidos con la *palabra* de Cristo. Vivir el trabajo, las iniciativas, los encuentros, el descanso, como la resurrección de Cristo que está sucediendo hoy en cada uno de nosotros, en la historia. Alegrarse, incluso en el desgaste: porque la actitud fundamental del cristiano es la de un humilde agradecimiento. Afrontar los riesgos de la libertad, pero libres, porque donde está el Espíritu del Señor está la libertad. Mantener con actitud filial, incluso cuando no sentimos a Dios. Tener una amplitud de miras tal, que todo el mundo sea campo de nuestra responsabilidad, de nuestra tarea de colaboración. Y cada hecho concreto, pequeño o grande, cada trabajo, cada dolor, cada compromiso que sea como un momento resurreccional en esta marcha hacia la plenitud universal que ya ha comenzado, que tendrá fracasos parciales y aparentes, pero que no vuelve atrás.

Como nos dirá Jacques Loew, el testigo es «el hombre de Dios que vive de Él, con Él por Él». Y esto es lo que los otros esperan del testigo: «Por dondequiera que pasa un santo, siempre deja algo», decía el Cura de Ars. En definitiva, si quisiéramos resumir en pocas palabras lo esencial y característico del testigo cristiano, tendríamos que decir que el *testigo* es el hombre de la *fe*, el hombre de la *esperanza* y el hombre de la *pobreza*.

Hombre de fe porque, ser *apóstol*, ser *enviado*, ser *testigo* es una realidad que entra dentro de lo misterioso. El misterio pertenece a la naturaleza misma de la misión: participación del hombre en la obra de Dios, sumisión al Espíritu, que «sopla donde quiere, y oyes su voz, pero no sabes de dónde viene ni a dónde va...» (Jn. 3, 8). Es, pues, una marcha, un trabajo forzosamente misterioso y, en sentido literal, desviador, por caminos que no son los nuestros: «Mis caminos no son vuestros caminos» (Is. 55, 8).

La historia de Moisés, errante por el desierto, es la historia misma del testigo; es la historia de la humanidad en ruta hacia Dios. San Pablo la resume en una frase extraordinaria: «Como si viera al invisible perseveró firme en su propósito» (Hb. 11, 27). *Es el hombre de la fe*: no ve, no sabe, *cree*.

Hombre de *esperanza*. Todo su ser está comprometido en la confianza absoluta en Dios que no «puede engañarse ni engañarnos», Cristo le ha dado su Palabra y él ha cimentado su vida en esta Palabra del Verbo hecho carne: «Sé a quién me he confiado» (2 Tim. 1, 12).

Cuando se dice del testigo que es hombre de *palabra*, lo que se quiere dar a entender, en primer lugar, no es que sea el hombre que habla para anunciar el mensaje; sino que anteriormente a toda acción, ha cimentado su vida, para sí mismo y para todos los hombres, en la Palabra de Dios.

Hombre de *pobreza*. Saúl había querido revestir a David con su arreos militares:

«Púsole sobre la cabeza un casco de bronce y le cubrió de una coraza. Después David se ciñó la espada de Saúl sobre sus ropas y probó de andar, pues nunca había ensayado la armadura; y dijo a Saúl: No puedo andar con estas armas, no estoy acostumbrado; y deshaciéndose de ellas, cogió su cayado...» (1 Sam. 17, 28-40).

De modo parecido, el testigo, si quiere afrontar el combate singular con la incredulidad de hoy, debe renunciar a encajarse la armadura propia de Saúl y de Goliat: sus armas son totalmente distintas, y la primera de todas es su *pobreza*. Frente a la incredulidad masiva la *fe*. Frente a las riquezas, el prestigio y la técnica, la *pobreza*.

Fe y pobreza son la respuesta propia y eminentemente apta para el tiempo actual, el remedio verdaderamente específico para afrontar y curar la herida de la incredulidad de esta mitad de siglo.

DIMENSIÓN EVANGELIZADORA DE LA VIDA CONSAGRADA

Los religiosos, habiendo renunciado a miras puramente humanas para consagrarse una y totalmente al Reino de Jesucristo, somos por vocación, *especialistas de Dios*, aptos para relativizar todo lo que no sea Éste y, al mismo tiempo, de *formularlo*, de *manifestarlo*, de *representarlo*, anticipando de alguna manera, la plenitud de la *Vida del Reino*, que está ya entre nosotros.

La Iglesia crea, por medio de sus religiosos, la dimensión visible de la caridad que forma parte integrante de la evangelización.

En la Constitución *Lumen Gentium* del Vaticano II, se expone con claridad, el lugar de la vida religiosa en la Iglesia. Lo propio de ella, dice, es dar testimonio de la vida del espíritu por sí misma, manifestar su esplendor y su *fecundidad*. «La acción apostólica y bienhechora —de los Institutos de vida activa— pertenece a la naturaleza misma de la vida religiosa». El apostolado, pues, no es algo accesorio, sobreañadido a la vida consagrada, ya constituida. Es la trama misma de su vida, es el ejercicio del amor de Dios.

Sólo en este sentido podemos entender, que el compromiso definitivo de la vida religiosa renueve y prolongue la actitud de total consagración de Cristo, según el peculiar modo de existencia que llevó en este mundo.

La consagración de Cristo no es sólo una consagración al Padre, sino también a la Iglesia, a los hombres que encontrarán en Él la salvación.

La consagración religiosa, aunque sea llamada *consagración particular*, hay que entenderla dentro de la prolongación y representación efectuada por la sacramentalidad

de la Iglesia que significa y actualiza la consagración de Jesucristo en su doble vertiente de ser consagrado y consagrarse al Padre y a los hombres.

De aquí salen consecuencias inmediatas como son la aceptación, en totalidad, de las implicaciones que lleva consigo el compromiso en una perspectiva más cristocéntrica y eclesial, y por tanto, más comunitaria; el carácter totalitario de la consagración y la estabilidad y fidelidad de la misma; la dimensión comunitaria del compromiso definitivo, etc. Son temas que no tratamos de una forma explícita por rebasar el trabajo que se nos ha encomendado.

LA EDUCACIÓN DE LA FE Y EL MUNDO SANITARIO

Mientras la vida profesional del seglar está inmersa en los problemas propios de la vida profana (comercialización de toda profesión), la vida religiosa, debe ofrecer el testimonio irresistible de la primacía de los bienes espirituales.

Se trata de vivir más profundamente el misterio de Cristo para que podamos dar testimonio de Él con más fuerza y claridad.

No podemos separar, en el servicio a los enfermos, humanización y evangelización. La caridad practicada con espíritu evangélico es ya evangelización porque se trata de «hacer efectivo el Evangelio». El creyente está invitado a buscar a Dios en el rostro de sus hermanos. Pablo VI, lo recordaba en el Concilio:

«Sí, Nos recordamos que a través del rostro de todo hombre —especialmente cuando las lágrimas y los sufrimientos lo han hecho más transparente— podemos y debemos reconocer el rostro de Cristo, el Hijo del Hombre; y si en el rostro de Cristo podemos y debemos reconocer el rostro del Padre celestial, nuestro humanismo se transforma en cristianismo y nuestro cristianismo se hace teocéntrico, de tal modo que podemos afirmar igualmente: para conocer a Dios, hay que conocer al hombre.»

La educación en la fe del otro supone también una confesión de nuestra fe. Jesús que pasó haciendo el bien, cuando cura a los enfermos dice: «Yo soy el pan vivo» y dio de comer a una muchedumbre. «Yo soy la vida» y resucitó a Lázaro. «Yo soy la luz» y dio vista al ciego. «Yo soy manso y humilde» y se anonadó.

La evangelización se realiza de palabras, pero hoy la gente cree más en las obras. Y, aunque sea triste decirlo, las religiosas dedicadas al servicio de los enfermos, esclavas de una Dirección, preocupadas por el número de camas, por las inyecciones o curas que tienen que administrar, etc., no son, en ocasiones, signos, ni testigos que reflejan esa *fe*, esa *esperanza*, ni esa *pobreza* a que antes hemos aludido.

Nuestro testimonio apostólico no debe llevar otra marca, otro estilo que el de las Bienaventuranzas. Que cuantos nos vean recuerden el sermón del monte: paz, mansedumbre, ternura, humildad, amor.

Interesa encontrar una presencia de caridad, de Dios, allí donde falta esa Caridad. Caridad que se hace servicio humilde, compasivo *rostro de Dios*.

En definitiva, de cara a una educación en la fe, conviene tener en cuenta que al dar recibimos en la misma medida. Sin embargo, no quisiera pasar a otro punto sin plantear

este interrogante en relación con nuestro testimonio: *¿Qué damos a los enfermos? ¿Qué deberíamos dar? ¿Qué recibimos de los enfermos? Y ¿qué podríamos recibir?*

ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN

Al tratar este punto, nos vamos a referir a algo muy concreto y real. A la encuesta que la FERS lanzó a los institutos religiosos que trabajan en el ámbito sanitario y que, como saben, se hizo a petición de Monseñor Casares, obispo de Almería, encargado de la pastoral sanitaria.

No voy a cansarles con datos fríos que, por otra parte, pueden encontrarlos en la información que el *Secretariado Nacional* de la FERS envió en su momento oportuno. Sin embargo, quiero transcribir íntegro —y ya desde aquí pido mi disculpa al *Secretariado* y le presento mi agradecimiento— el comentario que se hizo con ocasión de la citada encuesta que lanzó las siguientes preguntas: Concepto existente sobre pastoral sanitaria. A quién corresponde. Cómo se realiza. Sugerencias.

De las 207 respuestas tabuladas, sólo 58 tienen una valoración *buen*a. No quiere decir esto, que la de las restantes sea negativa, pero sí que hay que tenerlo en cuenta.

En honor a la verdad, hemos de reconocer que existe mucha ignorancia, ya que muchos cuestionarios han sido devueltos en blanco y tres han dicho que no les interesa, lo cual refleja una ignorancia crasa.

También es cierto que el haber detectado esto, es ya positivo. Hay, además, una gran inquietud y deseo de superación, de formarse a este respecto, expresándolo en muchos cuestionarios.

Si tuviéramos que reducir a dos frases el contenido de los cuestionarios, podríamos decir: bajo nivel; gran inquietud y deseo de superación.

Hasta aquí la información de la FERS. No añadimos más; estimamos, es bastante significativo el dato.

ALGUNAS PERSPECTIVAS

DE CARA A UNA PASTORAL SANITARIA

Entramos a explicar la parte más esperanzadora y, por lo mismo, la más comprometida. Pero voy a curarme en salud. No intento dar una receta, ni pastillas especiales que sean como la panacea de todo problema pastoral en el campo sanitario. La pastoral sanitaria, está regida por los mismos principios de cualquier pastoral y, por consiguiente, adolece de las mismas dificultades.

Y antes de seguir adelante, quiero hacer una afirmación, que salió a luz en una asamblea general celebrada por la FERS: «Centrar los esfuerzos, para que las religiosas sanitarias, tengan como objetivo principal de su labor, la pastoral sanitaria».

Y partiendo del principio de que la pastoral sanitaria, en tanto que pastoral, participa de cualquier otro tipo de actividad que tenga por misión la predicación de la Buena Nueva, vamos a dar unas nociones muy generales sobre pastoral.

Pastoral es un objetivo que se convierte en sustantivo para indicar una tarea eclesial.

La Iglesia, que es permanente encarnación de Cristo en los hombres, posee unas acciones que llamamos eclesiales, mediante las que se edifica la Iglesia en la Historia. En la

medida en que la Iglesia es *comprendida* y *concienciada* por sus miembros, como comunidad responsable, viva, testimonial, misionera, la pastoral es tarea común de los fieles, de la comunidad.

OPCIONES CONCRETAS

NECESARIAS EN NUESTRA PASTORAL

Dejando a un lado por qué nos planteamos la pastoral como *opción*, las razones de elegir una, o dejar otra, vamos a sintetizar en cuatro las opciones que debemos hacer, o mejor, que debe tener toda pastoral.

Pastoral realista. Con lo que queremos decir que debe partir de un conocimiento de la realidad, de una toma de conciencia de la situación general del mundo en que vivimos, conocimiento de los ambientes concretos.

Una pastoral que se comprometa y se defina en las situaciones concretas en que vive el hombre.

Pastoral de personas en oposición a pastoral de masas.

Los medios y métodos de la pastoral, han de estar en función de las personas, y esto exige: Atención a la persona. Respeto a la libertad del hombre. Diálogo. No hay pastoral sin contacto personal, en clima de confianza e igualdad, y esto exige una presencia en la vida de los hombres y una comprensión de sus problemas.

Pastoral educadora de la fe. Y esto porque la fe de muchos está desintegrada, o es infantil y débil. Y porque la fe de todos debe crecer, hacerse viva, comprometida, adulta.

Por ello, nuestra tarea pastoral debe centrar su preferencia en esta ocupación de evangelizar o catequizar.

Tener muy claro que dar los Sacramentos sin un nivel de fe cristiana suficiente, es convertir los Sacramentos en signos mágicos y no en signos de una fe que se *celebra*.

La acción educadora en la fe es un proceso de conversión que se inicia en quien la promueve y que tiene en cuenta las situaciones de los hombres a los que quiere educar.

Pastoral comunitaria. En un doble sentido: Porque la Iglesia es quien evangeliza, catequiza, educa, y no sólo sacerdotes y religiosas, aunque éstos tengan una misión importante. La comunidad es responsable de la pastoral. Porque el objetivo de la pastoral es hacer comunidad, es hacer Iglesia.

PLANIFICACIÓN PASTORAL

Al planificar cualquier tipo de acción pastoral hay que mirar: Los condicionamientos estructurales de la asistencia sanitaria y compromiso cristiano. La dimensión psicológica, social y religiosa del enfermo. La presencia actual de la Iglesia en el sector sanitario. Los agentes de la pastoral de enfermos: colaboración y coordinación.

La participación de todo el pueblo de Dios en la pastoral, el ejercicio de la corresponsabilidad y las exigencias de la misma acción piden evitar la improvisación, la inconstancia y la anarquía, obrando con arreglo a un plano bien elaborado.

Todo plan pastoral depende fundamentalmente de las personas con que se cuenta. Por ello, es necesario, pro-

veer a la conveniente formación doctrinal y técnica de las personas, así como a su capacitación para el trabajo en equipo.

Es necesario que cuantos han de participar en la realización de cualquier acción pastoral, tengan posibilidades reales de colaborar en la elaboración y revisión del plan.

Objetivo fundamental de toda planificación pastoral es la creación de comunidades auténticamente misioneras. Para ello será necesario: Promover, atender y potenciar formas comunitarias cristianas (v. gr.: equipos de vida, comunidades cristianas intermedias, etc.). Revisar y potenciar las asociaciones y movimientos apostólicos ya existentes. Integrar y coordinar todos los grupos apostólicos y otras asociaciones y comunidades.

La elaboración de un plan pastoral debe partir de una observación atenta de la realidad.

Los planes de pastoral serán sometidos a revisión periódicamente para que, a la vista de lo ya realizado y de las posibilidades descubiertas, se concrete el trabajo pastoral debidamente escalonado en sus etapas y objetivos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UNA PASTORAL HOSPITALARIA, EN EQUIPO

— Una pastoral *concebida de modo global*. Hay que desterrar el individualismo.

— Debe ser *completa*, atendiendo, no sólo a las personas, sino también al ambiente, en el cual se encuentran (mentalidad, estructura)...

— Debe ser una pastoral *seria*, no improvisada, atenta siempre a captar los deseos y necesidades del enfermo.

— Debe ser una pastoral *constante*, perseguida con tenacidad y paciencia.

El capellán es la figura clave, el responsable ante la dirección del hospital, de toda la organización y funcionamiento de la pastoral. Su misión debe ser *fuentes de unidad*. Compartirá, en la medida de lo posible, con las religiosas y con los seglares, la inquietud de la evangelización.

Los centros sanitarios, hoy más que nunca, debido al rápido progreso técnico y a la gran descristianización del ambiente, tienen necesidad de animadores de la fe; papel que corresponde de un modo muy particular a la comunidad religiosa del hospital.

Más que directores u organizadores técnicos, los religiosos, debemos ser *animadores del Espíritu*. Haciendo las tareas más difíciles, evangelizando *con amor que interroga*, en cualquiera de los servicios que prestemos a los enfermos, para dar la impronta cristiana al hospital.

Animando a células cristianas y equipos de pastoral, o suscitándolas donde no existan.

La comunidad cristiana en el hospital, es enviada por la Iglesia para reanimar, sostener, desarrollar el carisma del servicio a los enfermos; de este modo desea testimoniar en el ambiente hospitalario la grandeza, altura, anchura y profundidad del amor misericordioso del Padre.

La comunidad de creyentes, presente e inserta en el hospital, como levadura, en la masa, tiene un papel dinámico que desempeñar en el interior del hospital y de la Iglesia local: Dentro del mayor respeto a la libertad, debe trabajar para llevar al enfermo a una postura de responsabilidad ante Dios y ante sí mismo. Conducir al paciente y a sus familiares a unas respuestas o reacciones perso-

nales y cristianas frente al problema de la vida del sufrimiento y de la muerte. Transformar el ambiente hospitalario, a fin de que llegue a ser realmente una comunidad de vida al servicio constante del enfermo.

Todos nosotros, que tenemos una misión en el hospital, somos conscientes, de la importancia y de la necesidad de una atención religiosa paralela a la de otros cuidados estrictamente técnicos.

Es necesario que el servicio religioso del hospital sea reconocido con igual título que los otros servicios y contar con un equipo, formado por *elementos representativos de todos los sectores* del hospital. Quedaría así constituido un *comité de pastoral en el hospital*.

El comité de pastoral realiza un programa y lo pone en práctica.

Este programa de pastoral hospitalaria, atenderá preferentemente, a las tres acciones eclesiales: *Catequética o profética, litúrgica y caritativa*.

Catequética-profética. Descubrir las necesidades espirituales que tienen los enfermos, la comunidad sanitaria, en general (diálogos, visitas, etc.). Ciclos de conferencias a varios niveles. Preparar la Eucaristía dominical (homilías adaptadas a los enfermos). Dar instrucción religiosa. Catequesis actualizada de los Sacramentos: Reconciliación, Unción de los enfermos, Viático.

Litúrgica. No caer en un sacramentalismo. Mentalizar y preparar para los Sacramentos que se celebran con más frecuencia. Prever celebraciones comunitarias de la Unción de Enfermos, Reconciliación. Buscar iniciativas para vivir y solemnizar las fiestas: Navidad, Pascua, Pentecostés, Domund, etc.

Caritativa. Cuidar que el testimonio individual y colectivo sea auténticamente cristiano. Fomentar la formación cristiana del personal seglar. Despertar inquietudes apostólicas. Descubrir el sentido cristiano del dolor. Favorecer asociaciones de enfermos. Iluminar en materia de religión y costumbres a los distintos departamentos y personal que lo solicite. Estar en relación con la Parroquia, si esto es posible, de donde procede el enfermo.

Esta es nuestra gran misión, dura y difícil, muchas veces, por la infinidad de estructuras que dificultan la labor práctica, pero no por ello, más comprometida.

AFIRMACIONES BASICAS

Y para terminar, no quisiera escribir más que unas afirmaciones que creo básicas, y que serían como una síntesis de todo lo expuesto: Perenne primacía de la evangelización. Donde hay un *apóstol* surge la evangelización con las formas necesarias para cada tiempo. Búsqueda de medios eficaces hoy, para transmitir el mensaje evangélico con sus características esenciales de novedad y encarnación. Si hoy es necesaria la preparación técnica al religioso sanitario, mucho más lo es una cuidada formación catequética y espiritual. Que al revisar y actualizar los contratos de la comunidad religiosa con los centros sanitarios, se tenga muy en cuenta, la primacía de la función específica de pastoral sanitaria.

HERMANA NATIVIDAD DEL HOYO
Hija de la caridad de san Vicente de Paúl

PARA UNA PASTORAL CON EL CANCEROSO

II

LA ACTIVIDAD PASTORAL CON LOS CANCEROSOS

Nuestra tarea es permitir al canceroso mantener y profundizar su relación con Dios y con los demás, de acuerdo con la perspectiva de esperanza que trazamos en la primera parte de este escrito, asumiendo los obstáculos debidos a la enfermedad.

Es evidente que nuestra tarea está ligada al conjunto de relaciones que el canceroso mantiene con el personal hospitalario y con los suyos. Pero aquí sólo me fijaré en nuestra actividad pastoral con el enfermo. Tomará diferentes aspectos que es difícil aislar, porque se entremezclan. He aquí, los que me parecen más importantes.

EL SACRAMENTO DE LA ACOGIDA

Como con todos los enfermos, la pastoral de los cancerosos pasa por la relación personal enfermo-sacerdote. Exige, pues, por parte del pastor, una escucha atenta y profunda del enfermo, a fin de que pueda descubrir su personalidad y la manera como experimenta su enfermedad y los problemas con que asalta su vida. Sólo si discierne esta atención verdadera, el canceroso no se conformará con conversaciones superficiales, sino que se sentirá animado a hablar de lo que verdaderamente se alberga en su corazón. No toca al pastor el diálogo en la dirección que le conviene, y menos aún dentro de visual religiosa que frecuentemente tendremos a desear. Es la libertad misma del enfermo la que está en juego en esta actitud no directiva. El respeto a esta libertad, por parte del sacerdote, es el signo mismo del respeto de Cristo hacia el enfermo.

El enfermo debe experimentar esta acogida entera. Sea cual fuere su actitud, regresión, negación, rebeldía contra los otros y contra Dios, mirada injusta sobre los que le rodean, en sus progresos como en sus límites, en sus dificultades como en sus alegrías. Esta acogida prestada al enfermo no es un procedimiento de habilidad, una estrategia para situar mejor el mensaje religioso llegado el momento, sino una exigencia del amor fraterno que el sacerdote no está dispensado de vivir hacia los enfermos. Más aún, es la expresión de la acogida sin reservas que Cristo concede al enfermo, de su benevolencia absoluta. Se puede decir que la acogida incondicional del enfermo por parte del sacerdote es el sacramento de la benevolencia total de Cristo. Gracias a esta acogida, el enfermo puede hacer la experiencia del modo como Dios le respeta sin violentar jamás su

libertad. Parafraseando a san Juan, se podría afirmar que a Dios el enfermo nunca lo ha visto, pero que ha hecho la experiencia del comportamiento de Dios a través del comportamiento del pastor.

PARTIR DE LAS REACCIONES DEL ENFERMO

Hemos de ayudar la esperanza del canceroso, sean cuales fueren los mecanismos que emplee para sostener esa esperanza.

No se trata de alentar sus mecanismos de defensa. Pero es necesario tenerlos en cuenta para coger al enfermo en su vivencia particular, y para que llegue, a través de estas reacciones, a reorientarse más profundamente frente a Dios y frente a los demás. Debemos ayudarle a redescubrir progresivamente que sus esperanzas humanas son tomadas a su cargo por Cristo, y que son dirigidas hacia una esperanza total, cual es la de la resurrección.

— En una fase de regresión, podemos ayudar al enfermo que se instala en una dependencia infantil con respecto al personal y a los suyos, a modificar su mirada hacia lo que le rodea y a redescubrir que los otros no son objetos tiranizables a su gusto, sino personas que luchan a su lado prodigándole su competencia, su simpatía, su fatiga y su abnegación. El enfermo creyente es conducido a ver en la modificación de su comportamiento tiránico una exigencia evangélica. En cuanto a aquel que vive la misma dependencia infantil frente a Dios, de quien se sirve como de un suplemento terapéutico, hemos de hacerle percibir que Cristo no está directamente al servicio de su curación corporal, sino que puede sostenerle en su lucha por la curación.

Y guardémonos sobre todo de favorecer las actitudes de dependencia que el enfermo puede manifestar con respecto a nosotros, cuando precisamente nosotros estamos al servicio de la autonomía que él debe conquistar. Es muy necesario decir que numerosos sacerdotes con frecuencia tienden a imponer sus explicaciones, sus decisiones, por ejemplo, la práctica sacramental, como si el enfermo fuera incapaz de decidir por sí mismo lo que ha de vivir. Revelan así no sólo la integración defectuosa de su voluntad de dominio, sino también su falta de esperanza en los recursos del enfermo y de la gracia de Cristo.

— En una fase de negación de lo real, tenemos que respetar la minimización que el enfermo hace de su enfermedad. No se trata, por ello, de abundar en el

mismo sentido, sino de dar valor a los signos que reconfortan al enfermo y le dan esperanza: El aligeramiento de una opresión, la desaparición de náuseas, etc. El interés por los demás, manifestado frecuentemente por estos enfermos, puede ser el inicio de una purificación del altruismo a la luz de las exigencias evangélicas. Han de encaminarse hacia un servicio más desinteresado, sobre todo a aquellos que les resultan menos simpáticos. Bien sea a través del juego de las cartas o de la calceta pueden abrirse progresivamente a las verdaderas necesidades de los demás y responder a las mismas, sin que esta respuesta sea un medio de huir de la propia angustia. Igualmente, las lecturas y la televisión pueden ser más que simples distracciones, y convertirse en el medio de permanecer atento (y por tanto solidario) a lo que acontece en el mundo, y de llevar esas vidas del mundo a la oración.

Cuando el enfermo conoce una fase de reacción agresiva, o rechaza al capellán como al personal, o pierde su costumbre de recibir los sacramentos o se rebela contra Dios a quien no percibe como Padre, la fidelidad del capellán que le visita puede ayudarle a descubrir que la benevolencia de Dios es inalterable y que no se mide por las actitudes del enfermo. Esta constancia de la visita del capellán a enfermos cancerosos de la cara, de la laringe y del esófago es capaz de conducirlos a aceptarse tal como son y a no replegarse sobre sí mismos.

— En cuanto a la reacción de racionalización, no hemos de acreditar las explicaciones que el enfermo dé de su enfermedad. Tampoco hemos de desengañarlo (la comunicación del diagnóstico le toca al médico) cuando es incapaz de asumir la verdad. Es preferible ayudarle a superar esta necesidad de explicación para que se vuelva hacia los verdaderos problemas planteados por su enfermedad: Colaboración en el tratamiento, crisis de las relaciones personales, que Cristo le urge a resolver. Pero cuando el enfermo atribuye su afección a una acción punitiva de Dios y se siente más o menos culpabilizado, hemos de conducirlo a purificar su idea de Dios y a liberarse de su culpabilización. Porque a veces se da la tentación de utilizar la situación para exigir una conversión (más adelante veremos esto más ampliamente).

— Con cancerosos en fase terminal podemos tener el deseo de huir, de espaciar las visitas, debido al sentimiento de nuestra impotencia, mayor todavía ante enfermos con los cuales apenas hemos tenido un intercambio religioso. Sin embargo, ahora más que nunca el canceroso tiene necesidad de no ser abandonado, ya que el miedo de la muerte implica intensamente la angustia del abandono, del romperse de todos los lazos. La fidelidad de nuestra visita es capaz de evocar la de Cristo. Pocas palabras bastan. El silencio y el gesto son suficientes para la comunicación. Incluso cuando tenemos la impresión de ser completamente inútiles, nuestra presencia

junto a los moribundos nos supera; pone enfrente a otro, una esperanza a pesar de toda espera, a Cristo.

LIBERAR DE LAS CARICATURAS DE DIOS

Hemos visto que, como todos los enfermos graves, el canceroso tiene la reacción espontánea de atribuir la causa de su mal a Dios. Piensa la enfermedad como un castigo o una prueba querida por Dios: «¿Qué le he hecho yo a Dios?» «Dios es injusto...» «Es Dios quien me envía esta prueba». El enfermo se resigna o se rebela, ante este comportamiento que achaca a Dios.

Nosotros tenemos la inmediata reacción de rechazar este tipo de explicación y de proponer la buena solución, que le retire a Dios la responsabilidad de la enfermedad. El enfermo escucha pero raramente cambia de convicción. Es que la explicación que se le impone no tiene en cuenta su angustia, ni la concepción que se ha formado de Dios desde su infancia, a través de la forma como ha vivido la relación con sus padres, con ciertos sacerdotes, con los ambientes religiosos que ha frecuentado. Una persona que ha tenido con sus padres relaciones frustrantes y culpabilizantes, difícilmente se liberará (todos lo sabemos) por una simple explicación teológica, de los temores instintivos frente a Dios que reflejan la imagen parental. Tanto más si su instrucción religiosa le ha presentado a Dios como juez vindicativo. Igualmente, puede darse en un enfermo una culpabilización imaginaria, que nada tiene que ver con la conciencia de una falta precisa, o una culpabilización debida a una emergencia de faltas graves del pasado. Estoy pensando en una enferma atormentada por una fuerte angustia provocada por la reflexión de una de sus amigas: «El Señor te castiga por no haber querido hacer la peregrinación a San Damiano». De hecho, la peregrinación representaba para esta enferma un medio para expiar las relaciones sexuales de antes de su matrimonio, y que su marido le había perdonado hacía tiempo.

Una respuesta especulativa o prefabricada no le sirve, pues, a un enfermo culpabilizado o rebelado. Es preferible conducirlo a tomar conciencia de los mecanismos del pasado que han determinado su imagen de Dios, a fin de que pueda contestarlos progresivamente y a liberarse de ellos.

Por otra parte, más bien que dar explicaciones teóricas, es mejor poner al enfermo delante, no de un Dios vago, sino de Cristo, de los comportamientos concretos de Cristo, tal como aparecen en los Evangelios. El enfermo mismo encontrará allí el rechazo de un Dios causa del mal para reprimir el pecado, al mismo tiempo que el rechazo de una actitud pasiva ante el sufrimiento. Podrá también él mismo reflexionar en ello, y modificar poco a poco su imagen de Dios. Le será posible comprender que la enfermedad es una modalidad de la existencia, uno de los riesgos de la vida. Cristo no es una garantía contra estos riesgos. El mismo no escapó al sufrimiento y a la muerte. Pero resucitado no deja

de acompañar al hombre en el corazón de todas las situaciones de angustia, para permitirle afrontarlas.

Muchos cancerosos llegan a esta rectificación. Un joven de 25 años, que padecía de un Hodgkin, declara: «No pido a Cristo la curación, sino la fuerza de hacer frente durante el tiempo que esto dure». Una mujer de 63 años: «Dios no me envía el cáncer, pero hay un cáncer... Yo pedía a Dios el coraje suficiente para vivir lo que debía vivir. Sabía bien que Dios no es un mago que me iba a quitar esto de un golpe de bastón... Entonces yo tenía derecho a esperar de Él fuerza para aguantar».

Esta transformación de la imagen de Dios y de la relación nueva que suscita será las más de las veces lenta, puesto que la mayor parte de los enfermos son más teístas que cristianos. La figura humana de Cristo, con sus palabras y sus gestos, tiene poco puesto en su fe. Este Cristo es de tal manera Dios que ha perdido toda la densidad de su humanidad, con todo lo que ella significa para nosotros. Y es solamente esta vuelta al Cristo de los evangelios la que puede modificar las falsas concepciones de Dios.

LA CELEBRACIÓN DE LOS SACRAMENTOS

Ante todo enfermo tenemos la tentación de la sacramentalización. Pero más aún ante los cancerosos a quienes se sabe condenados al desenlace en plazo más o menos corto.

Sin embargo, nuestro papel —y se ha dicho suficientemente en estos últimos años— no es primero sacramentalizar, como si la vida cristiana consistiera sólo en la celebración de los sacramentos, y como si la gracia de Cristo estuviera absolutamente ligada a la mediación sacramental. Estamos al servicio del caminar de la fe del enfermo, y tenemos que permitir que lo realice, no en los breves instantes de la recepción de los sacramentos, sino en el corazón mismo de su vida de enfermo.

Tanto más cuanto que en la actualidad nos topamos con dos hechos: Por una parte, la caída impresionante de la práctica sacramental; por otra, la ambigüedad de las motivaciones de aquellos que solicitan un sacramento.

La disminución de la práctica sacramental es debida a múltiples factores, sobre todo a la convicción adquirida de que la fe prima sobre los sacramentos, y de que los sacramentos no son necesarios a su fe. Algunos cancerosos les ponen mala cara cuando ven que Dios no corresponde a sus deseos. Muchos otros, los más comprometidos social y políticamente, rechazan los sacramentos porque los encuentran extraños a sus esfuerzos de encarnar el Evangelio en sus vidas.

En cuanto a las motivaciones de los que recurren a los sacramentos, con frecuencia mezclan la fe con objetivos que le son exteriores. Algunos enfermos al atravesar una fase regresiva se vuelven hacia los sacramentos

como hacia un medio suplementario y sobrenatural de curar. Otros, que ven en la enfermedad un castigo divino y que están intensamente culpabilizados, esperan que la petición sacramental les hará que Dios les sea favorable de nuevo. Notamos también que para la mayor parte de los enfermos la dimensión comunitaria del sacramento apenas cuenta, apenas es percibida. El acto sacramental es esencialmente un acto de Dios a su respecto, un contacto con Dios, pero no disciernen en él una llamada a transformar su tipo de relación con los demás. Se trata por otra parte de un acto divino efímero, de corta duración, que no interesa más que unos instantes de la vida.

Entre los sacramentos, la unción de los enfermos es víctima de abundantes deformaciones. A pesar de veinte años de esfuerzos pastorales y teológicos, es considerada como un sacramento de moribundos. De manera que no es pedida, en general, sino en el momento de la agonía, con frecuencia cuando el enfermo está en estado de coma, y a veces incluso cuando ya ha muerto.

REDESCUBRIR EL SENTIDO DE LOS SACRAMENTOS

Estamos, pues, llamados a librar a los sacramentos de las alteraciones que los desfiguran. No representan un obrar de Cristo que no sea el de acompañar toda la existencia humana. Pero revelan este obrar, lo ponen en escena, lo celebran, mientras que esta actividad permanece oculta al corazón del mundo. Celebran la acción permanente de Cristo y la manera como el creyente adhiere a ella en la trama de lo cotidiano, y más aún la manera como desea responder a ella en el futuro. De este modo, los sacramentos lejos de ser actos momentáneos de encuentro con Cristo, recapitulan lo ya vivido en la fe y proyectan al hombre hacia el futuro.

Por otra parte, implican siempre una dimensión colectiva. Al ser un acto de la Iglesia, manifiestan la solidaridad de la comunidad cristiana con el enfermo. Y el actuar de Cristo que indican no tiene el solo fin de testimoniar el amor de Dios. Hace compartir al creyente este amor de Dios, lo compromete a modificar su relación con los demás en el sentido de un amor universal. El amor de Cristo tiene siempre como finalidad el cambio de las relaciones humanas. Remite al hombre a sus hermanos. Declaraba una enferma: «Cuando me convertí, cambié totalmente en mi postura ante los demás».

SACRAMENTOS Y ESPERANZA

En consecuencia, con los cancerosos, el objetivo pastoral no mira ante todo a la celebración de los sacramentos sino al descubrimiento progresivo de la presencia de Cristo en su vida cotidiana, a fin de que respondan a ella más auténticamente. La petición de un sacramento puede ser siempre el punto de partida para el despertar de la fe. No se trata de juzgar las motiva-

ciones defectuosas, sino de permitir al enfermo que las purifique.

Son tres los sacramentos principalmente solicitados, penitencia, eucaristía, unción de los enfermos. Me parece que deben hacerse presentes a los cancerosos en la perspectiva de esperanza que conllevan, valorando siempre en la justa medida su dimensión fraterna.

El sacramento de la reconciliación pone al enfermo delante del amor de Dios, incondicional, siempre ofrecido. Certifica el perdón del Señor, sean cuales fueren los pecados del pasado, llama a la esperanza de una reconciliación siempre posible con Dios y con los demás. Compromete al penitente a la reconciliación con los demás. Es la esperanza de que todas las rupturas operadas por el pecado en la relación con Dios y con los demás pueden ser superadas gracias al amor indefectible de Dios y a la energía del perdón que nos comunica. Lejos de sumir al enfermo en su culpabilidad, imaginario o no, el perdón de Cristo no cesa de abrir un nuevo porvenir.

La Eucaristía celebra la relación que une constantemente al enfermo con Cristo, en el corazón de todos los lazos personales de su vida de hospital. Invita a esperar más profundidad aun en la intimidad que el enfermo se esfuerza por vivir con el Señor, y en la comunión que intenta trabar con los que le rodean.

Sacramento específico de la situación patológica, la unción de los enfermos concierne más especialmente a la esperanza de vida del canceroso, a todos sus combates por la vida, a todos los de su alrededor para sostener su lucha contra el mal y contra los obstáculos que levanta. La unción llama al enfermo a combatir, junto con Cristo, por la curación, contra el dominio de la enfermedad que, replegándolo sobre sí mismo, amenaza desgajarlo completamente de los demás y de Dios. Lo invita a abrir su esperanza de curación a la esperanza ofrecida por Cristo: La de la resurrección, que es la única que liberará al hombre definitivamente de la enfermedad y de la muerte, y lo recreará en la plenitud de todos sus lazos personales.

La cuestión de la reiteración de la unción se plantea sobre todo en el caso de los cancerosos. La evolución de su enfermedad, más que en cualquier otra, el alternarse de la angustia, deterioros nuevos, cambios de terapéutica, vueltas al hospital, el peso de la duración. Todos estos factores pueden hacer tambalear la tenacidad de la fe y de la esperanza. La unción, pues, deberá reiterarse cuantas veces el enfermo lo desee. El criterio que importa no es la intensificación del peligro de muerte, sino la necesidad sentida por el enfermo.

En cuanto a la Eucaristía recibida en Viático, encuentra en los cancerosos las mismas dificultades que en todos los moribundos. El rechazo de la muerte por nuestra sociedad, que hace de ella un nuevo tabú, impide que se recurra al viático antes de morir. Aunque el final esté muy próximo y el enfermo lo sospeche, se le oculta al enfermo la inminencia del desenlace. Se

teme angustiarlo más quitándole toda esperanza humana. En general, el enfermo en fase terminal recibe poderosas drogas que alivian su sufrimiento y su angustia, modifican su lucidez, y aceleran su entrada en coma. Tocamos aquí uno de los grandes problemas de nuestra época: El de la actitud del hombre frente a esta realidad que Heidegger llama «el solo hecho absoluto de la vida», el solo acontecimiento del que estamos seguros, del que estoy seguro y que me plantea la cuestión global del sentido de mi vida y de la de los demás. Ahora bien, toda nuestra cultura huye de la muerte refugiándose en un culto utópico al progreso.

El don del viático es, pues, tributario de la actitud de nuestra sociedad frente a la muerte. Esta provoca a la Iglesia de cara a un no-conformismo en este campo. Debe denunciar esta negación malsana de una realidad humana, y volver a decir el mensaje pascual con el que ilumina a la muerte. No para obtener más conversiones por la explotación de la angustia de la muerte sino para ayudar a todo hombre a afrontarla con dignidad.

Esperando esta nueva sensibilización de los cristianos de cara al sentido de la muerte, podemos hacer de la comunión de los cancerosos próximos a su final una celebración más solemne, que exprese la decisión del enfermo de hacer de su muerte, próxima o lejana, una participación en la muerte-resurrección de Cristo. Ante moribundos que no han tenido práctica sacramental, hemos de valorar la oración. El contenido de esta oración debería insistir en la entrega completa del enfermo en manos de Cristo que le llama a la resurrección, dentro de todos los lazos que constituyen su vida.

CONCLUSIÓN

Tendremos que acompañar a los cancerosos por un camino mucho más arduo que el de otras enfermedades, puesto que su mal rompe brutalmente el *élan* (ímpetu) de su vida, con sus proyectos y sus sueños, y cuestiona el porvenir. Pero, por su manera de asumir en la fe y en la esperanza estos estragos, tienen un gran papel a jugar no sólo dentro de la Iglesia sino también en la sociedad, mientras que el cáncer no sea definitivamente vencido.

En una sociedad anestesiada por la escalada del consumo y de los disfrutes, ellos destrozan la ilusión. Recuerdan la verdad de la condición humana, limitada, vulnerable, marcada tarde o temprano, por el fracaso, la enfermedad y la muerte. Dan testimonio de que la calidad de la vida, de la que tanto se habla en nuestros días, no está ligada de una manera absoluta a la salud, a la integridad corporal. Depende mucho más de la capacidad de cambiar una situación de catástrofe, de anonadamiento, en un lugar de crecimiento humano y espiritual, porque es visitado por la energía de Cristo.

NUESTRO MENSAJE A LOS ENFERMOS

II

CRISTO Y LOS QUE SE PREOCUPAN DE LOS ENFERMOS

Al tratar de descubrir la relación de Cristo con los enfermos, y el mensaje que les entrega, advertimos que hay unas exigencias singulares para quienes tratan de servirlos, o están preocupados de ellos.

Antes de que nosotros hablemos a los enfermos, tenemos que escuchar a Cristo que nos ha hablado concretamente.

— *Fe.* Mt. 8, 10, al Capitán que intercede por su sirviente: «no he encontrado tanta fe en Israel... que te suceda como has creído».

Mt. 15, 28, a la madre pagana que tiene su hija enferma e intercede por ella: «que grande es tu fe, que se cumpla tu deseo».

Mc. 9, 23, al padre del epiléptico: «Por qué dices si puedes? Todo es posible para el que cree... Creo, pero ayuda mi fe».

Stgo. 1, 27, «La religión verdadera y perfecta consiste, en visitar a los huérfanos y viudas que pasan necesidad y necesitan ayuda».

— *Oración.* Dependencia de Dios. Actuar en el nombre de Jesús. Esta clase de dominios sólo con la oración y el ayuno (Mc. 9, 29).

— *Conocer a Dios.* Descubrir su gloria, Jn. 9, 3. Encontrarle en el más pequeño (Mt. 25).

NUESTRA VIDA DE «SERVICIO» COMO MENSAJE

Junto con la responsabilidad que le corresponde a la familia del enfermo, nosotros como *laicos consa-*

grados le hacemos presente a la Iglesia, que le acompaña en su itinerario de enfermo.

«La honradez y la competencia profesional son sin duda una condición indispensable que difícilmente puede ser suplida por ningún otro tipo de celo apostólico.» Esta afirmación que contienen las «orientaciones pastorales del Ritual de los enfermos en su edición para España». Confirma lo que tantas veces venimos repitiendo: «Nuestro mensaje a los enfermos, tiene un lenguaje técnico de trabajo y servicio, que es insustituible».

Nuestro servicio al enfermo, tiene que estar revestido de un amor que se exprese en *compasión* (sentir la situación personal del enfermo superando la clasificación en números o *caso clínico*) y *amistad*. (Como afirma Laín Entralgo, sería llegar a conjugar nuestro eros-aspiración, ágape-amor de efusión, y philía-amistad, que supera las puras y artificiales *amabilidades*.)

Sería actualizar en nosotros *las actitudes de Cristo* como mensaje a los enfermos llegar a sentir el dolor y situación del hermano enfermo, para que le podamos llamar y él nos reciba como *amigos*.

Nuestro estar con los enfermos, tiene que ser una constante invitación a que reciban la salud como salvación total: «Amigo, ten ánimo. Recibe la salud, camina...».

Todas las cualidades humanas y técnicas de un trabajo bien hecho deben estar presentes en nuestra relación con el enfermo, como condición indispensable para que nuestro mensaje cristiano sea aceptado.

CONCEPTOS BÁSICOS DE NUESTRO MENSAJE

No hemos pretendido en estas reflexiones entregar algo hecho, sino destacar aspectos que enriquezcan

nuestro horizonte sobre *el qué decir* a los enfermos.

Contemplando las «actitudes y palabras de Cristo», de los apóstoles, de la Iglesia y de la Liturgia, cada uno debe encontrar la expresión concreta.

Como nuestro Mensaje tiene la peculiaridad de ser *mensaje de repetición*, por la movilidad de los enfermos que atendemos, esto mismo nos servirá de experiencia para ir acomodando nuestro decir.

Señalamos matices que deben quedar siempre bien claros, cuando nos comunicamos con los enfermos:

Dios es Padre

Padre de misericordia y que perdona. Su bondad es infinita. Su Providencia le hace estar en todos los acontecimientos de nuestra vida; en salud o enfermedad.

Será obligación nuestra, hacer un aporte a las *ausencias de Dios* o *utilizaciones* de Dios. Ser educadores desde el respeto a los niveles de fe y creencia del enfermo.

Cristo hermano de los hombres

Sentido solidario del dolor y su valor de purificación: actitudes egoístas.

La salud que busca, tiene en Cristo una dimensión de *salvación*. Es liberadora. Entrega y hace gozar de paz y confianza.

Incorporados a la Pasión de Cristo, eficacia socioeclesial de su padecer.

Cristo *varón de dolores* será siempre un estímulo para el enfermo que sufre.

El Espíritu que ilumina

Si es el Espíritu quien nos guía y nos mueve, este mismo Espíritu de Jesús debemos entregar a los enfermos en nuestras palabras.

Su Espíritu será siempre paz, confianza, luz y fortaleza. Le hará descubrir el sentido de su dolor y el de sus hermanos.

Llevarle a que descubra la sabiduría de la cruz, por la acción del Espíritu de Jesús.

Que llegue a disfrutar también de la alegría y optimismo de quien se sabe ciudadano del Reino de Dios.

Ayudándole a descubrir los valores humanos del enfermar

Los criterios religiosos no le privan de un sufrimiento que le es pesado y contrario.

La enfermedad como acontecimiento que nos prueba, exige fortaleza y ánimo fuerte para no dejarse dominar.

Ayudarle a descubrir los complejos que le llevan a no vivir de una manera adulta su condición de hombre enfermo.

Valor y significado de la paciencia y buen ánimo para quienes lo ven como enfermo, y para su vida posterior.

Urgencia a poner en práctica

— Las exigencias bautismales, en fidelidad total a la Alianza. Que vaya alcanzando una fe madura y responsable.

— A superar las formas egoístas del vivir y de su *estar enfermo*. Acercarle a la lectura de la Palabra de Dios y la contemplación de la misma. Llevarle a saber descubrir el plan de Dios en su vida.

— Un desarrollo de su caridad, que reconoce la generosidad de los demás que le sirven. Que sabe agradecer y tiene en cuenta. Unirlo a Cristo en la Eucaristía, para que se incorpore al cuerpo doliente de Cristo.

Que vaya adquiriendo una caridad que se hace paciencia, alegría y esperanza.

— Participar en los Sacramentos, recibidos desde la fe, y que le hagan encontrar el camino de su propia libertad, aun sujeto por los sufrimientos, confiando en que es segura su liberación final.

MENSAJE DE LA LITURGIA A LOS ENFERMOS

Paz. Deseo que se manifiesta siempre en el primer saludo y que se hace súplica de *salvación*.

Solidaridad fraterna. La Iglesia ora junto con el enfermo, todos sufrimos cuando un miembro está dolorido. Defensa de su fidelidad. Alegría en su salud.

Amor y confianza en Cristo. Que permanezcan en la fe y la esperanza. El Señor los salvará. Que le sean perdonados sus pecados.

Salud para el compromiso. Para darle gracias en la Iglesia. Para volver a sus cotidianos quehaceres. Alegría en la salud de los enfermos. Que mitigue sus dolores, que alivie sus sufrimientos.

Sentido para el dolor y la enfermedad. Unidos a Cristo, actualiza en su dolor la pasión de Cristo, para llegar a la Resurrección. Que confíe en la eficacia de su dolor. Que llegue a alcanzar la verdadera libertad.

En el nombre del Señor Jesús. El alivio en sus enfermedades y dolores por poder de su nombre. Como se realizó en toda la *Historia de salvación*, se manifieste ahora el poder de Dios salvando a su siervo.

Especialmente con los enfermos que atraviesan situaciones límite de su existencia: «que Cristo los agregue

al número de los elegidos y pueda contemplar cara a cara al Redentor».

Invocación a la Virgen. Entrar en la paz con María y todos los Santos. Salve Reina de misericordia.

Los textos bíblicos tienen que ser matizados al comentarlos ante los enfermos tratando de acentuar estos aspectos.

Por la circunstancia vital en que se encuentra el enfermo, las Bienaventuranzas, la vigilante espera del Señor, la oración confiada, la misericordia del Señor, y todos los mensajes contenidos en las lecturas, tienen un sonido distinto de acuerdo al nivel de fe y aceptación de enfermo que tenga el que los escucha.

MENSAJE DEL VATICANO II A LOS ENFERMOS

— Mensaje especial a cuantos sufren o son visitados por el dolor en sus mil modos, n.º 1.

— Solidarios con su clamor y actitud implorante, cuando quieren encontrar sentido a su dolor, y buscan les llegue consuelo, n.º 2.

— Humildad por lo limitado de la ayuda que es posible ofrecer al que sufre, n.º 3.

— Lo que poseemos os entregamos: Cristo crucificado por nuestros pecados y por nuestra salvación. La única verdad capaz de responder al misterio del sufrimiento y de ofrecer un alivio sin engaño, n.º 4.

— El valor del sufrimiento desde la aceptación por parte de Cristo, n.º 5.

— Sois los preferidos del reino de Dios; sois los hermanos de Cristo paciente, y con Él salváis al mundo, n.º 6.

— No son inútiles para la Iglesia y el mundo. Valor socio-ecclesial del dolor sobrellevado en paciencia. Gratitud por su testimonio de paciencia, n.º 7.

ORACIONES POR LOS ENFERMOS

«Que el Cuerpo y la sangre que acaba de recibir, le conceda la salud corporal y la salvación eterna.»

«Concede avanzar por el camino de la salvación a quienes celebramos la pasión y resurrección de Cristo.»

«Concedéndonos vivir unidos a Cristo y que fructifiquemos con gozo para la salvación del mundo.»

«Que el Espíritu Santo mantenga siempre vivo el amor a la verdad, en quienes han recibido la fuerza de lo alto.»

«Tú que no cesas de actualizar en nosotros las maravillas de tu pasión y por la Comunión de tu cuerpo nos haces partícipes del sacrificio Pascual, ten piedad de nosotros.»

«Que Dios Padre te bendiga, el Hijo te devuelva la salud, el Espíritu Santo te ilumine, el Señor te proteja en tu cuerpo y salve tu alma, y haga brillar su rostro sobre ti y te lleve a la vida eterna.»

«Que el Señor esté siempre a tu lado para defenderte y guiarte, te sostenga y te bendiga» (Cf. Visita y Comunión de los enfermos).

«Pongamos a nuestro hermano en manos de Cristo, que lo ama y puede curarlo, para que le conceda alivio y salud.»

«Dígnate visitarlo con tu misericordia y confortarlo con la Santa Unción, líbralo de todo mal, alivia del dolor a los enfermos, libra de todo pecado y tentación al enfermo, dale vida y salud.»

«Que todos cuantos van a ser ungidos, experimenten alivio en sus enfermedades y dolores, en nombre de Jesucristo nuestro Señor.»

«Mitiga los dolores de este hijo tuyo..., haz que se sienta confortado en su enfermedad y aliviado en sus sufrimientos.»

«Te pedimos, que cures el dolor de este enfermo, sanes sus heridas, perdones sus pecados..., le devuelvas la salud espiritual y corporal, y se incorpore de nuevo a los quehaceres de su vida.»

«Y ya que has querido asociarlo a tu Pasión redentora, haz que confíe en la eficacia de su dolor para la salvación del mundo» (Cf. Oraciones para la Unción del enfermo).

«Que permanezca en la fe y la esperanza, dé a todos ejemplo de paciencia y así manifieste el consuelo de tu amor» (De la oración por un anciano).

«Tú que quisiste soportar nuestros dolores y sufrimientos, Tú que lo has redimido, aviva en él la esperanza de su salvación y conforta su cuerpo y su alma» (Oración por un enfermo en peligro grave).

«Tú que conoces hasta dónde llega la buena voluntad del hombre, Tú que siempre estás dispuesto a olvidar nuestras culpas, Tú que nunca niegas el perdón a los que acuden a Ti... que obtenga el perdón de los pecados y sienta la fortaleza de tu amor» (Oración por un enfermo en agonía).

«Dios todopoderoso, cuyo Hijo es para nosotros el camino, la verdad y la vida, mira con piedad a tu siervo... que llegue en paz a tu reino.»

«Que llegue seguro a tu reino de luz y de vida.»

«Que esta Comunión le conceda salud corporal y la salvación eterna» (Oraciones en la administración del Cuerpo y Sangre de Cristo como Viático).

«Al salir de este mundo, marcha en el nombre del Señor que te creó, en el nombre de Cristo que murió por ti, en el nombre del Espíritu Santo que descendió sobre ti. Entra en el lugar de la paz, con María, san José y todos los santos.»

«Que Cristo te conceda la libertad verdadera, te aloje en el paraíso, te cuente entre sus ovejas, te perdone todos

los pecados, te agregue al número de los elegidos, y puedas contemplar cara a cara a tu Redentor.»

«Libra a tu siervo de todos los sufrimientos, como libráste a Noé del diluvio, a Abraham del país de los caldeos, a Job de sus padecimientos, a Moisés del Faraón, a Daniel de los leones, a los tres jóvenes del horno ardiente, a Susana de falsa acusación, a David del rey Saúl y de Goliath, a Pedro y Pablo de la cárcel.»

«Y aunque haya pecado en esta vida, nunca negó al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo» (Oraciones para la entrega de los moribundos a Dios).

«Concede a cuantos se hallan sometidos al dolor, la aflicción o la enfermedad la gracia de sentirse elegidos entre aquellos que tu Hijo ha llamado dichosos, y de saberse unidos a la pasión de Cristo para la redención del mundo.»

«Alivia a los enfermos, para que puedan darte gracias en tu Iglesia.»

«Que todos nos alegremos al verles recuperar la salud.»

«Que vuelvan sanos y salvos a tu Iglesia» (Oraciones de la Misa por los enfermos).

LECTURAS PARA LOS ENFERMOS

PARA LA COMUNIÓN:

Jn. 6, 54-55. La Eucaristía prenda de salvación.

Jn. 6, 54-59. El que comulga vivirá para siempre.

Jn. 14, 16. Cristo camino, verdad y vida hacia el Padre.

Jn. 14, 23. La fidelidad es morada de Dios.

Jn. 15, 4. Unidos a Cristo para dar fruto.

I Cor. 11, 26. Proclamamos la muerte de Cristo hasta que vuelva.

PARA EL RITUAL DE LOS ENFERMOS:

Antiguo Testamento

I Reyes 19, 1-8. Elías recibe el viático de Dios.

Job 3, 1-3, 11-17, 20-23. Crisis de Job frente al dolor y sufrimiento.

Job 7, 1-4, 6-11. Brevedad de la vida por la experiencia del dolor.

Job 7, 12-21. Pequeñez del hombre para que sea tenido en cuenta por Dios.

Job 19, 1, 23-27a. Dios nos protege por encima del dolor y muerte.

Sab 9, 9-11, 13-18. Descubrir el sentido del dolor por la sabiduría de Dios.

Is. 35, 1-10. Paz y gozo del Señor en la debilidad.

Is. 52, 13-53, 12. Varón de dolores que soporta nuestros sufrimientos.

Is. 61, 1-3a. El Espíritu del Señor nos consuela.

NUEVO TESTAMENTO:

Hch. 3, 1-10. En el nombre de Jesús camina el tullido.

Hch. 3, 11-16. La fe en Cristo le ha restituído la salud.

Hch. 4, 8-12. El nombre de Cristo el único que puede salvarnos.

Hch. 13, 32-39. El dolor y sufrimiento son pasajeros, seremos testigos de la resurrección.

Rom. 8, 14-17. Participaremos de su gloria si ahora sufrimos con Él.

Rom. 8, 18-27. Todo es nada comparado con la gloria que nos espera.

Rom. 8, 31-35, 37-39. Nada nos puede apartar del amor de Cristo.

I Cor. 1, 13-25. Nuestra debilidad es fortaleza por el Señor.

I Cor. 12, 12-22, 24-27. Solidaridad de toda la Iglesia en el sufrimiento de uno de los miembros.

I Cor. 15, 15-20. La resurrección de Cristo prenda de nuestra resurrección.

2 Cor. 4, 16-18. El dolor nos purifica.

2 Cor. 5, 1, 6-10. Nuestra morada es el cielo.

Gal. 4, 12-19. Pablo habla desde su situación de enfermo.

Fili. 2, 25-30. Dios protege a Pablo en su enfermedad.

Colo. 1, 22-29. Completamos en el sufrimiento, lo que falta a la pasión de Cristo por su cuerpo.

Hebr. 4, 14-16; 5, 7-9.

Stgo. 5, 13-16. La oración de la fe salvará al enfermo.

I Pedr. 1, 3-9. Alegría, a pesar del sufrimiento.

I Jn. 3, 1-2. Falta que se manifieste lo que seremos.

Apoc. 21, 1-7. Nuevos cielos y nueva tierra, sin dolor ni llanto.

Apoc. 22, 17, 20-21. Súplica confiada para que se manifieste el Señor plenamente en nosotros. Ven Señor Jesús.

Mt. 5, 1-12a. Experiencia de las bienaventuranzas.

Mt. 8, 1-4. El leproso pide ser curado.

Mt. 8, 5-17. Cura a varios enfermos, cumpliendo la profecía de Isaías.

Mt. 11, 25-30. En Cristo encuentran consuelo los afligidos y cansados.

Mt. 15, 29-31. Jesús causa admiración por sus curaciones.

Mt. 25, 31-40. Parábola del ateo creyente. Lo que hacemos al más pequeño, se lo hacemos a Cristo.

Mc. 2, 1-12. Por la fe se le perdonan los pecados.

Mc. 4, 35-40. Coraje y riesgo de los hombres de fe.

Mc. 10, 46-52. El ciego Bartimeo recobra la visión.

Mc. 16, 15-20. Misión de los apóstoles: curad a los enfermos.

Lc. 7, 19-23. Jesús se manifiesta por sus obras ante los discípulos de Juan.

Lc. 10, 5-6, 8-9. Mensajeros del Reino curando a los enfermos.

Lc. 10, 25-37. Cristo es el buen samaritano.

Lc. 11, 5-13. Eficacia de la oración confiada.

Lc. 12, 35-44. Esperamos que el Señor vuelva en actitud vigilante.

Lc. 18, 9-14. Humildad ante el Señor, que nos perdona y santifica.

Jn. 6, 35-40. La salvación está destinada a todos los hombres.

Jn. 6, 54-59. La Eucaristía prenda de salvación.

Jn. 9, 1-7. La gloria de Dios se manifiesta en el ciego curado.

Jn. 10, 11-18. Cristo, como buen Pastor, da su vida por nosotros.

ÁNGEL PERULAN, O. H.

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA



SERVICIO DE CARIDAD A LOS ENFERMOS

Señor cardenal y miembros del Consejo Nacional de la querida y benemérita UNITALSI:

Os damos a todos nuestra bienvenida. Esta nace del profundo interés con el que hemos seguido el desarrollo de vuestra reunión anual y de los sentimientos de paterna complacencia hacia vuestra obra en favor de tantos enfermos, a quienes lleváis el consuelo sin igual de una asistencia fraterna, poniendo a su disposición todo el completo y vasto aparato de vuestra floreciente organización.

Nuestro pensamiento en este momento se dirige con admiración y afecto a la innumerable y silenciosa multitud de almas generosas, a quienes cualificadamente representáis vosotros aquí: asistentes eclesiásticos y dirigentes regionales y locales, médicos y enfermeros, damas, camilleros, todos dedicados con alegría al servicio de los enfermos por amor de Cristo.

Pero con espíritu más conmovido todavía, pensamos en el interminable desfile de queridos enfermos, a quienes habéis acompañado y seguís acompañando en su itinerario de fe y esperanza por los lugares más celebrados de la piedad mariana. Nos habéis informado de todo lo que tan admirablemente habéis realizado durante el Año Santo con vuestras peregrinaciones a Lourdes, Fátima y Loreto, y de un modo particular aquí en Roma, sensibilizando a todos los participantes sobre la necesidad de la oración y del ofrecimiento a Dios de todos los sufrimientos para el bien de la Iglesia. Es fácil intuir la grandeza y cualidad de sacrificios, obras buenas y méritos que ha producido, y en qué manera habrá contribuido al feliz desarrollo del Año Jubilar. Por todo lo que habéis hecho por aliviar los dolores físicos y espirituales de los hermanos que sufren, por la generosidad con la que habéis respondido a nuestras espe-

ranzas y por el consuelo que nos habéis proporcionado, os damos las gracias, hijos queridos, y que el Señor os bendiga.

DESCUBRIR EL ROSTRO DE CRISTO EN LOS HERMANOS

Vuestra diligente presencia junto a quien sufre es testimonio elocuente de la caridad de Cristo. Es uno de los apostolados más eficaces. Es una escuela de vida y de profunda espiritualidad, porque ayuda a descubrir el rostro de Cristo en los hermanos que tienen mayor necesidad, y enseña la sabiduría de la cruz y la grandeza y potencia redentora del dolor santificado. «Suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24), nos amonesta san Pablo; y nos dice también: «Suframos con Él, para ser con Él glorificados» (Rom 8, 17). Merece, por tanto, honor, alabanza y ayuda quien, como vosotros, se hace consuelo, alivio y ayuda de los enfermos, porque a ellos precisamente van dirigidas las consoladoras promesas del reino del Señor: «Venid, benditos de mi Padre, tomad posesión del reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque estuve enfermo y me visitasteis. En verdad os digo que cuantas veces hicisteis eso a uno de mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 34-40).

Como coronación de este encuentro séanos permitida una exhortación paterna que nace de la estima y del aprecio de la dignidad del trabajo al que os habéis dedicado. Continuat dándoos, seguid prodigándoos con un corazón tan grande que no os contentéis jamás con lo que ya habéis realizado; y esto, no por razón del prestigio humano, sino para que vuestra asociación pueda crecer continuamente con nuevas energías, mediante

la continua afluencia de nuevos y valiosos colaboradores, atraídos por vuestro ejemplo. Y que siempre os guíe el amor a Cristo y a su Iglesia, la cual considera vuestro servicio en favor de los enfermos como una ayuda eficacísima para la irradiación más luminosa de la presencia cristiana en el mundo. Que este ideal os sostenga en las dificultades y en los sacrificios, y os impulse por el camino de una generosa entrega que nada busca y nada pide, sino la gloria de Dios y la extensión de su reino en la tierra.

La bendición apostólica, que habéis venido a pedir y que tan gustosamente os impartimos a vosotros y a toda la organización, avale estos fervientes deseos paternos y obtenga a los queridos enfermos que asistís, la continua plenitud de los consuelos celestiales.

DIGNIDAD DE LA VOCACIÓN Y DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Queridos amigos:

Nos viene a la memoria el mandamiento de la Sagrada Escritura en el libro del Eclesiástico: Honrar la profesión médica. Con agrado expresamos hoy este honor, proclamando que vuestra sabiduría viene de Dios y que vuestro conocimiento y habilidad os hacen dignos de admiración (cf. *Eclo* 38, 1). Por eso, nos proporciona gran alegría daros nuestra bienvenida a todos vosotros, que participáis en el Simposio, conjuntamente patrocinado por la *Italo-American Medical Foundation* y por el *Institut of International Medical Education*, sobre la preparación de médicos en Italia y en los Estados Unidos.

Os halláis comprometidos en un intercambio de ideas, información y técnicas; estáis previendo las necesidades del futuro. Nos, estamos profundamente interesado en vuestro tema y afirmamos sin ambages su enorme importancia.

¡La preparación de médicos! ¿Cómo no vamos a animaros a que continuéis vuestro diálogo en un espíritu de fraterna colaboración, esperando que podáis aportar a la humanidad algo digno y válido?

Por nuestra parte, esperamos que la formación en medicina de hombres y mujeres jóvenes, tendrá también en cuenta todos los descubrimientos médicos y los sólidos progresos actuales, y que esta preparación inculcará el ideal de servicio. Para todos los cristianos propondríamos el ideal del servicio ofrecido en nombre de Cristo. Igualmente esperamos que los jóvenes de mañana, atraídos por tan alta vocación, estarán imbuidos del espíritu de compasión hacia sus hermanos en necesidad. Oramos para que la figura del médico sea la de quien persigue una obra de salud, de acuerdo con las leyes de Dios, y la de quien con su recta conducta per-

sonal proclama el respeto a la vida y al divino e inalienable derecho a la vida.

¡Que se efectúe una verdadera renovación y un auténtico progreso en la preparación de los médicos del mañana, y que los principios que proclamáis y seguís honren siempre vuestras personas y vuestros países, para el bienestar de quienes han puesto su confianza en vosotros!

● ¡La caridad! Este es vuestro carisma: saber sacarla de la perenne fuente de la vida trinitaria, para vivirla interiormente en la intimidad de la gracia y de la comunión con Dios mediante la Iglesia, y difundirla hacia fuera como en miles de arroyos hacia los hermanos, que tienen necesidad de luz para la mente, de consuelo para la salud, de solidaridad para sus sufrimientos en sus diversas formas.

● Saludamos con especial alegría a los enfermos e impedidos del *Sonnenzug* (tren del sol), procedentes de la archidiócesis de Munich y Frisia (Alemania). Apreciamos mucho vuestra visita. Con el ofrecimiento de vuestros sufrimientos —en amorosa unión con los sufrimientos de Cristo— debéis ser «los grandes orantes por la Iglesia y por el mundo por la paz y por todos los hombres necesitados de nuestro tiempo». A cada uno de vosotros, a los que os atienden, a las religiosas y ayudantes del *Malteser-Hilfsdienst*, a los médicos y organizadores, impartimos de corazón nuestra bendición apostólica.

● Una palabra especial tuvo el Santo Padre para los enfermos de las diócesis de Alba Pontevico de Brescia, Bisceglie y Potenza: dilatar los espacios de la caridad, les dijo, a través del sufrimiento es una forma incomparable de testimonio y de apostolado.

● Habéis manifestado el deseo de celebrar un encuentro con nos antes de comenzar el congreso anual de vuestra Academia Europea de Alergiología y de Inmunología clínica.

Nos alegra mucho esta decisión. Sin entrar en detalle de materias tan altamente especializadas como las que van a ser objeto de vuestras ponencias e intercambios, deseamos que vuestros trabajos contribuyan a aclarar los mecanismos complejos de la autoinmunidad y de la alergia, mediante los cuales nuestro organismo viviente parece asegurarse una cierta defensa natural, pero que pueden también constituir un *handicap* para las intervenciones y los cuidados que parecen necesarios.

También a nos nos agrada muchísimo este progreso de la medicina. En nuestra opinión es una forma de cooperar con la obra del Creador de la vida. Y nos alegramos de ello por los enfermos, los cuales ocupan un lugar especial en el corazón de Cristo y de los cristianos.

El hombre que supo Amar



El hospital arde.
Urge sacar de él a los enfermos.
A El hombre que supo amar, cada minuto que pasa,
se le hace más difícil alcanzar la puerta de salvación.

LA JERARQUÍA ECLESIASTICA Y «EL HOMBRE QUE SUPO AMAR»

Los obispos españoles fueron informados de cómo iba a ser rodada una película sobre la acción caritativa desarrollada por san Juan de Dios. Veamos la acogida favorable que les mereció la noticia.

«Les felicito cordialmente por la iniciativa y espero que el film sea realmente interesante.

Agradeceré la información que desea ofrecermé en el transcurso del rodaje y gustosamente asistiré al mismo, si me avisan con tiempo.»

NARCISO JUBANY ARNAU
Cardenal Arzobispo de Barcelona

«Una película sobre la vida de san Juan de Dios. El tema religioso y humano de la misma y la grandeza de la figura que quieren llevar a la pantalla merecen la máxima atención. Por supuesto, los Superiores Provinciales de la Orden están conformes y ven con muy buenos ojos este intento que parece va a ser realizado con gran dignidad y con gran perfección técnica.»

MARCELO GONZÁLEZ MARTÍN
Cardenal Arzobispo de Toledo

«Veo con satisfacción que van a empezar el rodaje de la película que pretende exaltar la figura, verdaderamente extraordinaria de san Juan de Dios. Y creo que la colaboración asidua del hermano Matías Mina puede ofrecer suficiente garantía de la misma.

Por mi parte doy mi autorización para que puedan rodar en lugares sujetos a mi jurisdicción eclesiástica, poniéndose de acuerdo con los responsables de los mismos y ruego a las Autoridades Civiles que les faciliten la utilización de los lugares de valor histórico que de ellas dependen.

Espero que la película pueda ser digna del Santo que se trata de exaltar y sirva para difundir la obra hermosísima que realizan los hermanos hospitalarios.»

VICENTE ENRIQUE Y TARANCÓN
Cardenal Arzobispo de Madrid-Alcalá

«Ciertamente es un tema que da mucho de sí por la personalidad de dicho Santo, como por el interesante momento histórico en el que vivió y en el que supo dar una respuesta cristiana al servicio de su sociedad.

Por todo ello quisiera, por estas letras, animarles a continuar con ilusión el rodaje de un tema de tanta importancia y para el que cuentan con mi bendición.»

TEODORO UBEDA GRANAJE
Obispo de Mallorca

«Me parece muy positivo que este medio de comunicación social brinde esos temas de contenido tan positivo.»

JOSÉ CAPMANY CASAMITJANA
Obispo Auxiliar de Barcelona

«Me parece que su vida, interesante, apasionada, puede dar lugar a magnífico guión cinematográfico. Tenga la seguridad de que no dejaré de ver esta película.»

JACINTO ARGAYA GOICOECHEA
Obispo de San Sebastián

«Le agradezco cordialmente la información que me proporciona y pido al Señor les ayude y asista en esta tarea que han emprendido.»

ANTONIO DORADO SOTO
Obispo de Cádiz y Ceuta

«Deseándoles el mayor éxito de penetración en la vida de san Juan de Dios en nuestro pueblo, cordialmente le saluda y bendice.»

FRANCISCO ÁLVAREZ MARTÍNEZ
Obispo de Tarazona

«Efectivamente, puede ser una gran película. Deseándoles el mayor éxito.»

RAMÓN ECHARREN YSTURIZ
Obispo Auxiliar de Madrid-Alcalá

«Deseando, al propio tiempo, que su realización y posterior visionado sirvan para la exaltación de los valores del espíritu, propios de nuestro cristianismo.»

RICARDO MARÍA CARLES GORDÓ
Obispo de Tortosa

«Celebro que san Juan de Dios sea exaltado como *El hombre que supo amar*.»

ANTONIO CUESTA
Secretario particular (Albacete)

«Con los mejores deseos de que la figura de ese gran Santo tenga el éxito que merece en la pantalla.»

RAFAEL GONZÁLEZ MORALES
Obispo de Huelva

«Les deseo mucho éxito en su realización y espero que contribuya a estimular el espíritu cristiano dondequiera que se proyecte.

Muy de corazón le bendice.»

LAUREANO CASTAN LACOMA
Obispo de Sigüenza

«Creo que la figura de san Juan de Dios es un modelo y un estímulo para los hombres de nuestros días, por lo que me congratulo con la idea de esa Productora, al tiempo que deseo que el film sea un éxito artístico y constituya una ayuda a la elevación de nuestros compatriotas en el camino de la caridad.»

GABINO DÍAZ MERCHAN
Arzobispo de Oviedo

«Desde ahora le felicito por esa iniciativa. Con su film prestará, sin duda alguna, un valioso servicio a la Iglesia dando a conocer la vida de este gran Santo.

Cuente con el testimonio de mi amistad y ofrecimiento. Encomendándole al Señor para que esta película sea todo un éxito, le saluda muy cordialmente.»

RAMÓN BUXARRATS VENTURA
Obispo de Málaga

«Deseándole grandes aciertos con el filme, le saluda.»

ALBERTO INIESTA
Obispo Auxiliar de Madrid-Alcalá

«Con gran complacencia recibo la noticia del rodaje de la película *El hombre que supo amar* sobre la vida de san Juan de Dios.

Amante como soy de las vidas de los santos —testimonio fiel de la voluntad de Jesucristo en la vida de los hombres— no puedo sino alegrarme de que los medios de comunicación se pongan también al servicio de la difusión de sus heroicas virtudes, estímulo y ejemplo para todos los hombres.»

JUAN HERVÁS
Obispo de Ciudad Real

«Agradezco cordialmente su información y le felicito por la feliz terminación de dicho rodaje. Con mucho gusto, y si me es posible, veré dicha película.»

ANTONIO DORADO SOTO

«Con agrado he sabido han terminado el rodaje de la película sobre san Juan de Dios *El hombre que supo amar*, y en diversas revistas he visto que se empieza a hablar de este film.

Por mi parte, también con impaciencia, espero el momento de ver reconstruida la vida de nuestro Santo Fundador, san Juan de Dios, y por su medio, poder llevar a los hombres de hoy un mensaje de amor cristiano.

Los hermanos que vieron filmar algunas de las escenas de la citada película, han quedado muy gratamente impresionados.»

ANTONIO M. ZARZOSA
Provincial

«Con sumo placer recibí su carta del 15 de diciembre 1975, con la cual, entre otras cosas, me invita a asistir a la filmación de la película de nuestro santo fundador.

Desgraciadamente los compromisos adquiridos por razón de mi oficio, no me permiten comprometerme con otros nuevos. Por tanto me cumple darles vivamente las gracias y, sobre todo, mis más vivos augurios para su importante obra.»

P. PIERLUIGI MARCHESI
provincial

Milán 19 de febrero de 1976

BARCELONA

RUEGO AL MINISTRO DE LA GOBERNACIÓN

Excelentísimo Señor:

Don FRANCISCO SOLA PAGOLA, y los que a continuación firman, todos ellos representantes legales de las Instituciones cuyos nombres y demás detalles se consignan debajo de sus respectivas firmas, a V. E. acuden y respetuosamente exponen:

Que las directrices señaladas en el acuerdo sobre puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la reforma sanitaria, aprobado en el Consejo de Ministros de 7 de noviembre de 1975, no se ajustan a lo que sería deseable para un mejor funcionamiento del Sector.

En el referido acuerdo se determina una estructura excesivamente centralizada y rígida, especialmente en lo que se refiere a la asistencia sanitaria del sector público, la cual quedará integrada en un solo Organismo Gestor de estructura centralizada.

En el citado Organismo confluyen, además, funciones tales como la planificación, prestación directa de la asistencia, el desarrollo económico y la financiación de todos los Centros, y la propia propiedad de estos Centros.

Finalmente, las Corporaciones Locales pierden un papel activo para pasar a satisfacer unas cuotas de la Seguridad Social por las personas acogidas al concepto legal de beneficencia.

Que sería mucho más adecuado un planteamiento a tres niveles: Nivel Central: Funciones básicas de planificación general, establecimiento de normas y supervisión. Nivel Regional (Mancomunidades de Diputaciones) y eventualmente Provincial (Diputaciones): Concretar la planificación, establecer la red, gestionar su funcionamiento. Entendiendo por la gestión la coordinación de Instituciones, el señalamiento de áreas y funciones, establecimiento de convenios y conciertos, etc.

Nivel Ejecutivo: Instituciones de pertenencia diversa, pública o privada, todas con las mismas normas y las

mismas tarifas, funcionando según el principio de apertura establecido en la vigente Ley de Hospitales y en el Anteproyecto de Reglamento.

Que en lo que se refiere a los Órganos competentes para desarrollar el esquema propuesto, se puede señalar: la Dirección General de Sanidad debe llevar la ordenación y planificación general, así como el control, vigilancia e inspección sanitaria, tal y como queda recogido en los puntos 2 y 3 del acuerdo para la reforma sanitaria. Deberá establecer normas, niveles de asistencia y tarifas.

La Administración Local debería cuidar de establecer las redes asistenciales que adecuaran los medios a las necesidades locales, provinciales y regionales. Coordinando la red y estableciendo Conciertos con las Instituciones ya existentes.

Finalmente, la Seguridad Social pagaría la asistencia de sus asegurados en la Red Sanitaria de cada región, estando integrada en el Órgano de Coordinación a fin de cuidar de que la asistencia que se presta a sus asegurados sea de acuerdo con las normas fijadas por Sanidad.

Esta estructura permitiría un desarrollo ordenado, tanto de los Centros dependientes de Instituciones públicas como los que dependen de la iniciativa privada, estableciendo a su vez un medio de arbitraje sito en la Dirección General de Sanidad, para someter las diferencias que con respecto a Conciertos y niveles sanitarios pudieran surgir. En la actualidad este sistema de arbitraje no está establecido y al establecer Conciertos, los Hospitales se encuentran en una situación de inferioridad puesto que es el propio Organismo de la Seguridad Social el que dirime cualquier interpretación de los mismos.

La estructura propuesta, además, permitiría la evolución de toda la Sanidad del país por pasos y fases más adecuadas a las peculiaridades y niveles de desarrollo de las distintas regiones, permitiendo que este desarrollo fuera ordenado tanto en el aspecto técnico como organizativo y económico.

Por lo cual a V. E. atentamente suplican:

Se digne admitir el presente escrito, dándole el curso correspondiente, en orden a reformar el repetido acuerdo del Consejo de Ministros para ajustarlo a las necesidades de nuestra Sanidad y a las directrices descentralizadoras que ha señalado el Gobierno de nuestra nación.

Es gracia que espera merecer de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.

En Barcelona a 23 de enero de 1976

FRANCISCO SOLA PAGOLA, *siguen las firmas*

EL SEÑOR MINISTRO CONTESTA

Madrid, 8 de marzo de 1976

Rvdo. Hno. Francisco Sola Pagola
Presidente de la Oficina Técnica de Planificación
y Coordinación Hospitalaria
BARCELONA

Mi distinguido amigo:

Acuso recibo de su escrito de 23 de enero pasado en el que, junto con otros diez firmantes, sugiere la modificación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de noviembre de 1975, sobre puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la Reforma Sanitaria, para adaptarlo a las

necesidades sanitarias actuales y a los propósitos y directrices de descentralización.

Considero de gran interés las críticas, observaciones y sugerencias que en el mencionado escrito se formulan y que serán debidamente consideradas al adoptar las decisiones operativas de reforma sanitaria y al estructurar la descentralización de la gestión asistencial en forma acorde con el conjunto de la política del Gobierno.

Deseo, asimismo, hacerles constar mi interés porque continúen aportando cuantas informaciones y sugerencias estimen convenientes para el más correcto encauzamiento de la reforma sanitaria.

Con este motivo les envía un cordial saludo,

MANUEL FRAGA IRIBARNE

BARCELONA

Escuela ATS San Juan de Dios

III CURSO DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS INTENSIVOS EN PEDIATRÍA

Este tercer curso de enfermería basado en la profundización de los conocimientos y cuidados intensivos en Pediatría se han desarrollado durante toda la primera quincena del mes de marzo. Fue dictado con toda clase y riqueza de matices pedagógicos y técnicos. La concurrencia resultó numerosa sin considerarse excesiva. En total se inscribieron 60 cursillistas de los que 46 pertenecían a la plantilla del hospital y 14 no pertenecientes al Centro. Lo cierto es que resulta muy satisfactorio que el personal del Centro se haya sentido motivado y atraído por cuanto significa promoción, desarrollo o, simplemente, actualización.

Hoy, que tanto se habla de formación continuada, no deja de sorprender que son pocas las personas que se inquietan en un afán positivo de y por superarse. Porque ponerse al día, reciclarse en sus conocimientos, suponen interés, sacrificios y, en muchas ocasiones, dinero. Y, ciertamente, no todo el mundo está dispuesto a imponerse estos esfuerzos.

Lo más acertado de este curso, nos parece, fue el *dossier* de las lecciones, muy perfectibles todavía, y que se entregaron al comienzo del curso. Resultó una voluminosa documentación que sirvió de sostén y cañamazo para cada una de las ponencias.

En conclusión, creemos que ha resultado altamente satisfactorio; especialmente teniendo en cuenta la aceptación que ha tenido cara al personal del centro hospitalario San Juan de Dios. En términos modernos podemos asegurar que esta respuesta ha supuesto una buena inversión, un factor muy positivo.

C. CASANOVA

SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

JÓVENES Y MAYORES, UNIDOS

Jornadas de reflexión y diálogo

Todos reconocemos la gran labor que nuestros hermanos mayores han hecho, y siguen haciendo en la comunidad

hospitalaria. Todos somos sabedores de la multitud de cualidades que poseen y que calladamente nos muestran. Nuestra mente joven, abierta, entusiasta y sincera se ve, en muchas ocasiones, interrogada por sus vidas de donación, fidelidad y entrega. ¿Por qué no compartir unas jornadas de diálogo y reflexión? Así lo hemos hecho.

Los días de convivencia fueron los anteriores a la fiesta de san Juan de Dios. Honrar este año, a san Juan de Dios, en su fiesta litúrgica, ha significado para nosotros dedicar nuestra máxima atención a quienes han sido, y siguen siendo, la luz y antorcha juandediana.

MARZO — CUATRO

La comunidad de San Baudilio, junto con los centros de formación fue recibiendo a los hermanos homenajeados: Enrique Menero, Andrés Villanueva, Graciano Vidal, Andrés Domingo, Valentín Izco, Nilo Martí, Manuel García, Juan Torre, Tomás Canet, José Laín, Agapito Las. Los tres últimos conviven normalmente con nosotros, en San Baudilio. Desde estas líneas enviamos nuestro especial saludo a los hermanos Pascual Lacunza y Basilio Irurzun que no pudieron estar presentes entre nosotros.

MARZO — CINCO

El primer acto del homenaje lo constituyó la visita de los hermanos al santuario-monasterio de Montserrat. Plegería a la Virgen, recibimiento del prior y ágape en Manresa.

MESA REDONDA

Al regreso de Manresa estaba programada una mesa redonda. Esta la integraban dos representantes de cada centro: escolares, aspirantes y escolásticos.

Los primeros minutos consistieron en una pequeña introducción en la que se centró la temática de la mesa y las motivaciones por las que ésta se hacía, al igual que el homenaje. Las principales motivaciones quedaron expresadas en estas palabras: *Reconocer un estilo de vida de donación a una obra que hoy existe. Sentirnos más cercanos en la comprensión y el encuentro mutuo.*

En la mesa redonda se intentó, desde un principio, dar una visión concisa y breve de la realidad que envuelve la vida religiosa de nuestros hermanos mayores, para luego entablar un diálogo abierto entre todos.

El esquema de la mesa fue como sigue:

- La vida de oración de nuestros hermanos mayores como signo que nos llama la atención a los jóvenes.
- Su comportamiento ante el cambio social.
- Prevención del hermano mayor ante la libertad que exige el joven.
- Formados para la voluntad.
- Testimoniando con su vida.

Como toda institución religiosa la orden hospitalaria vive las tensiones generacionales. Después de lo expuesto se concluye que, hoy por hoy, existe en nuestras comunidades un esfuerzo por comprenderse y vivir en el pluralismo, aunque la aceptación mutua sea siempre un caballo de batalla.

La oración es vivida por los hermanos mayores de una forma intensa, ateniéndose a unos moldes de recogimiento, presencia de Dios continuada, visitas al Santísimo a lo largo de la jornada y participando en las liturgias. Al mar-

gen de cuanto signifique formas, su vivencia de la oración nos causa impacto.

Con el tema de la libertad los más jóvenes de la mesa suscitaron el interés de los presentes. Por un lado se establecía conexión entre libertad y responsabilidad y se insistió en el carácter personal de la libertad como logro a conseguir desde uno mismo.

La obediencia se situó entre la fidelidad a una opción asumida y la libertad y autonomía de los miembros de la comunidad.

La experiencia de algunos hermanos mayores, demostró cómo, en muchas ocasiones, la fidelidad al compromiso contraído les había hecho pasar por pruebas de temple humano y religioso.

De la vida de los hermanos nos llama la atención, su entrega día a día, en el anonimato muchas veces, su minuciosidad y gusto por el detalle.

Alguien les calificó como *los artesanos del servicio*.

La voluntad y dominio de sí mismos nos hace pensar que tras la simple apariencia externa se esconde una auténtica fe y experiencia de Dios.

MARZO — SEIS

Por la mañana encuentro con los hermanos homenajeados.

Por la tarde el hermano Ferreró, conocedor del anciano en el aspecto somático y psicológico, dictó a todos una lección, cuyas ideas principales recogemos.

MISIÓN DE LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD

INTRODUCCIÓN

Cada época y cada sociedad se encuentra en el devenir de la vida con problemas y características propias que han de resolverse con medios acomodados a ellas.

El fenómeno del envejecimiento de la población es una de las características más típicas de nuestro tiempo. La vida media se prolonga; la esperanza de vida crece.

Todo ello conlleva una serie de problemas que la sociedad ha de resolver.

Pero este fenómeno del envejecimiento progresivo no es único. La sociedad de hoy se caracteriza por otra serie de variantes y, entre ellas, algunas de las que van a interferir de manera especial en la vejez son:

— El progreso de la técnica (ciudades, casas altas, ascensores, escasez de espacios verdes, comunicaciones, rapidez, automóviles).

— La sociedad de consumo y la productividad (el anciano no consume, el joven sí, el anciano no produce, el joven sí).

— El pragmatismo y el utilitarismo (lo mismo que aborto, eutanasia, sólo utilidad material).

Aunque no sean características de todas las sociedades, sí son deformaciones muy comunes que hacen que se puedan tomar como componentes de la vida social actual.

LA VEJEZ ANTE LOS CONDICIONAMIENTOS SOCIALES

La realidad de lo que sucede con la vejez hoy, lo vemos a diario: el anciano habitualmente es poco tolerado en casa. La forma de vida de hoy (trabajo de la mujer fuera de casa, turnos continuados de trabajo, mediopensionado

en colegios, pisos pequeños, etc.) hacen que se haga progresivamente más difícil la convivencia. El anciano es marginado poco a poco de la vida.

De todo ello cabría deducir, a primera vista, una inutilidad de tales personas. Sin embargo, la realidad es otra: si no miramos la vida únicamente bajo los prismas del utilitarismo y de la productividad, nos daremos cuenta del sentido y función de la vejez en la sociedad, que parece que les arrincona.

Aunque su presencia no sirviera más que para una advertencia a los jóvenes de hoy, que han de ver en los ancianos su futuro, ya sería una gran cosa la convivencia de varias generaciones. Pero es más: el anciano es el hombre sereno, de que habla Guardini; es el hombre sabio, que, fuera ya de las influencias de las pasiones, ve las cosas con más objetividad y puede ser un consejero bueno para los hombres responsables.

De ahí que muchas culturas hayan tenido un gran respeto por los ancianos.

EL DECLINAR DEL HOMBRE SU RAZÓN Y SENTIDO

El hombre siempre evoluciona progresando y cubriendo etapas de su desarrollo biológico, psicológico y social, al que hemos de añadir, también el religioso. Pero tiene un declinar impreso en la propia naturaleza.

Para superar cada etapa lo hace a través de una crisis:

— Por la crisis de la pubertad pasa de niño a adolescente.

— Por la crisis de la experiencia pasa de adolescente a joven.

— Por la crisis de la comprensión vital pasa de joven a maduro.

— Por la del desasimiento pasa de maduro a anciano.

— Por la crisis de inutilidad pasa de anciano a senil.

No vamos a detenernos en las primeras etapas y crisis sino solamente vamos a hablar de las últimas.

El hombre maduro es el hombre responsable, en la plenitud de su energía vital y de su rendimiento psicológico y moral.

Los valores predominantes de esta edad son:

— La entrega a la obra emprendida.

— La fidelidad a la palabra dada.

— El honor y la donación de sí mismo.

Poco a poco el hombre maduro va encontrándose con una nueva crisis: *la experiencia del límite*. El hombre se va dando cuenta de que sus fuerzas y su ideal van tocando fondo.

Al principio aún tiene reservas, pero pasan las ilusiones. La vida se va haciendo rutinaria y monótona. Los sentidos van perdiendo agudeza y la fuerza se va debilitando.

Ahora ya, en los umbrales de la vejez, aparece: *la crisis del desasimiento*. Se llama así porque se ve la necesidad de desasirse de las cosas temporales, de lo que había sido ilusión y anhelo. Pero si se ha llegado a esta etapa en un clima de serenidad y paz, el hombre acepta las fronteras y los límites.

No es que pase por alto el desorden, el sufrimiento, sino que los acepta y los intenta superar. El sigue trabajando, aunque no se reconozca su mérito, porque la razón de su trabajo no la pone en el premio sino en el deber cumplido.

Esto supone gran disciplina y renuncia, gran valentía y decisión, pero es así como se ha forjado el hombre de carácter.

No busca el triunfo resonante sino lo que vale y permanece.

Es el hombre que busca y da seguridades. Así deberían de ser el educador, el médico, el estadista, el religioso.

Dice Guardini que una época se mide por el número de estos hombres.

LA ANCIANIDAD. EL HERMANO SABIO

Cuando la etapa anterior se ha vivido densamente, sus recuerdos son preciosos, pero aparecen nuevas experiencias que van unidas al descenso del arco vital, a la conciencia del fin.

Lo mismo que el nacimiento influye a lo largo de la vida toda, así le sucede también al fin, aun sin llegar a él. La presencia de la muerte en el horizonte hace tomar conciencia de la transitoriedad.

Ya no se busca el gozar lo que se pueda sino que se afianza en las cosas más sólidas. Se acentúa, por otra parte, la rutina y la vida parece que pasa más de prisa. Las cosas se graban menos, porque ya son más conocidas y menos importantes.

De ahí que lo antiguo se recuerde más y lo actual menos.

Si se aceptan todas estas cosas como valores, la crisis se ha superado. Si no se aceptan, aparece el viejo, en el sentido peyorativo del término, que quiere aferrarse a todo lo que aún tiene (comer, beber, dinero, afecto desmesurado e infantil, celos).

Si la crisis se supera aparecen nuevos valores importantes:

- La comprensión vital.
- El respeto a lo ya vivido, a la obra terminada.

Es el hombre sabio. Este es el sentido de la vejez.

El anciano que conoce y acepta el final de su vida como se presenta, es el hombre sabio. Sabe, sobre todo, que el final de la vida aún es vida. En tal momento hay valores que sólo entonces aparecen. Es el momento de superar toda angustia, de paladear lo que se hace.

Aparece la conciencia de lo que no es transitorio, de lo eterno y esto es tanto más evidente, cuanto más se acepta la transitoriedad.

Entonces suele aparecer la distinción entre lo importante y lo fútil, entre lo auténtico y lo inauténtico.

Es una forma de captar la realidad que difiere de la inteligencia.

Tras esta etapa viene la nueva crisis.

LA CRISIS DE LA INUTILIDAD

Es una decadencia: es la cuarta edad.

No tiene valores positivos típicos; únicamente los que restan de la fase anterior. Pero a veces, aparece una paz y tranquilidad que son un trasunto de lo eterno.

Su misión es dar ejemplo de la terminación de la vida.

El hombre desbordado por la realidad de su biología y psicología alteradas, pierde su capacidad de adaptación y se hace indiferente al ambiente.

Disminuyen las capacidades espirituales y se acentúa el materialismo.

El hombre de la cuarta edad se debilita y se siente amenazado. Su manera de defenderse consiste en acentuar lo

que le queda: sus derechos, sus posesiones, sus opiniones.

Surge la terquedad.

Se acerca la muerte, pero, en esta etapa, ya no se la ve como un valor positivo, sino como un cese de actividades.

Aun en esta etapa, al anciano senil se le debe comprender, ayudar y soportar. De ahí que deba no sólo exigir sino, también, aceptar que se le exija.

Convertir esta fase terminal de la vida en algo positivo, es difícil. Sólo se consigue si al comienzo de la vejez se ha aceptado ésta, como ella es: como un acabamiento de esta etapa y comienzo de otra vida. Entonces, todo lo que se vive de más se acepta como un regalo.

Esperando que Dios le llame, pero dejando una estela de fidelidad y esperanza a lo largo del camino.

NUESTRA ACTITUD ANTE LA ANCIANIDAD

El joven tiende a interesarse por el presente; ni siquiera le preocupa el *día de mañana*.

— El anciano le recuerda el Super Yo de los padres. La fase infantil en que todo se le mandaba.

Por eso prefiere alejarse para vivir libremente, no mal, sino independiente, para convencerse de que puede hacerlo y de que ya es *mayor*.

— Sin embargo la vida es un proceso, no una vivencia momentánea. Cada vivencia está relacionada y basada en las anteriores.

Se dice que el *adulto* es hijo del *niño*. Porque se será tal adulto, cual niño se haya sido.

No es lo mismo haber tenido una infancia feliz, en una familia acoplada, que haber sido huérfano o vivido en familia desunida, etc.

— Por ello la convivencia de varias generaciones en la familia, a pesar de los inconvenientes, tiene grandes ventajas. Cada uno puede ver su etapa siguiente y prepararse para conseguir lo que de ella no le gusta.

Por otra parte ayuda a la convivencia social y política en la que las ideas de jóvenes adultos y ancianos deben coexistir y tenerse en cuenta.

— La misión del anciano es ser lo que es, no querer hacerse el joven.

SENTIDO DE LA VEJEZ

Este es el sentido de la vejez: *dar a toda la vida su último sentido*.

Y para las generaciones jóvenes saber que han de pasar por ese trance, que ello les haga reflexionar.

Si quitamos a los ancianos de delante, como muy frecuentemente se hace, tenemos el peligro de ver la vida sin perspectiva, y eso sería fatal.

A continuación se tuvo un acto recreativo. Mezcla de humor, teatro, canciones.

Resumen y acción de gracias tras estas jornadas fue la oración de la tarde, expresiva y espontánea.

MARZO — SIETE

Nos introducimos ahora en el programa de la casa. Por la mañana Andalucía está con nosotros, con su repertorio flamenco de sevillanas, fandangos y soleares. El atractivo de la noche se dio en un salón especial del hospital: el baile. Enfermos y enfermas gozaron una vez más con



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

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

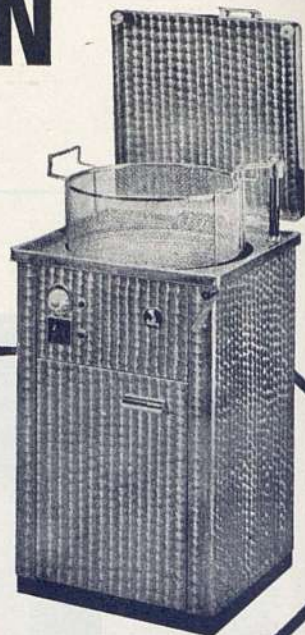
CASPE, 33 B
TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62
BARCELONA (10)

FRIA MAS Y MEJOR CON



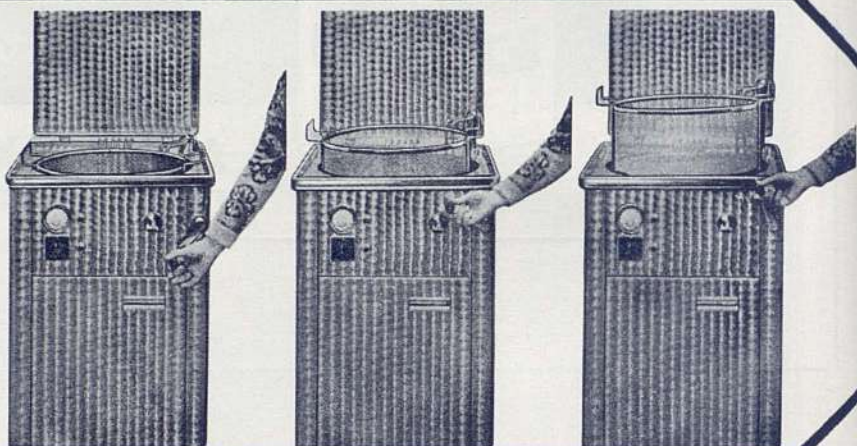
**QUE LES BRINDA
LAS SENSACIONALES
NOVEDADES DE:**

MODELO
GOLIAT
30 LTS.



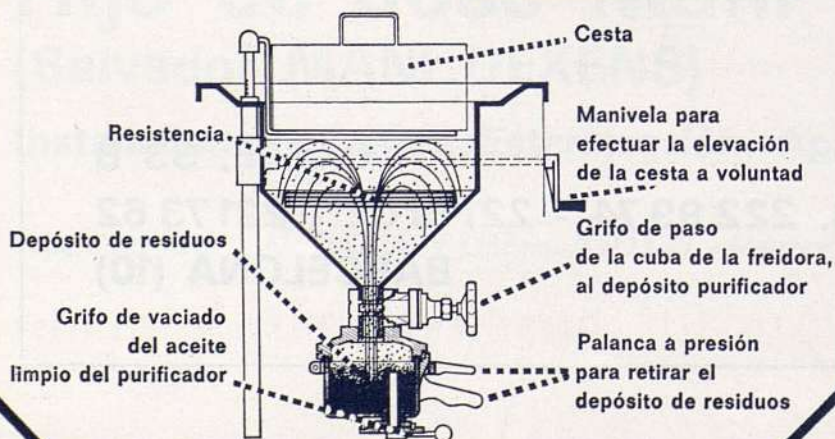
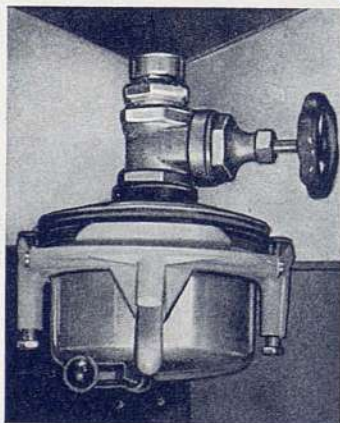
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

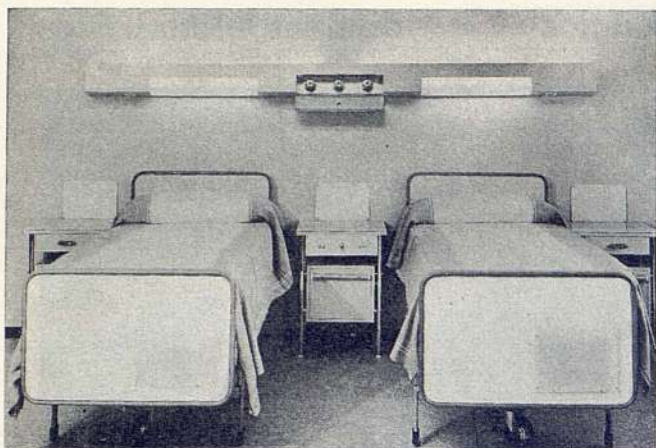
Don

Domicilio

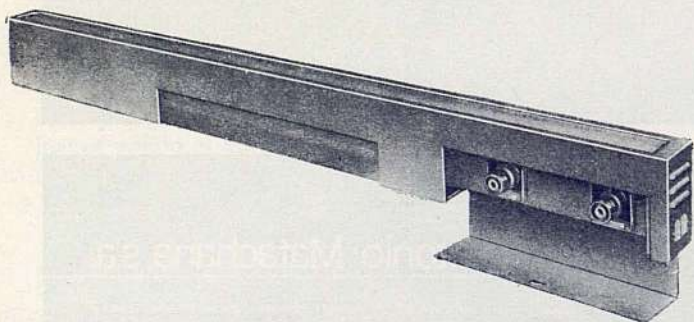
Población

Provincia

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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

DIVISION MEDICA

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

CON INCORPORACION DE:

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



Tipo PL - 165

PANTALLA CANAL

panhos

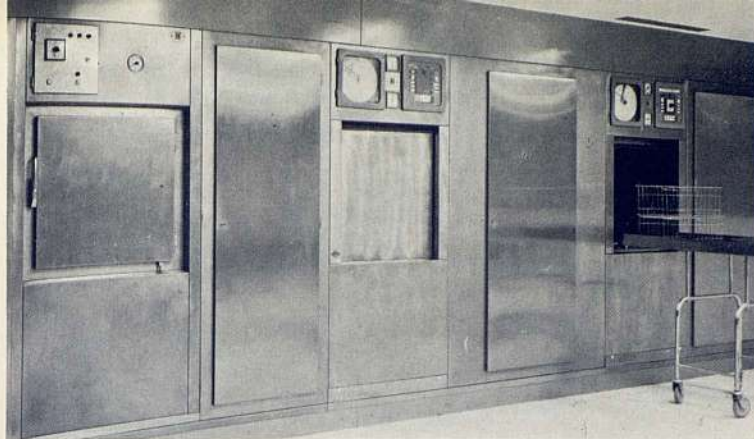
DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

panhos s/a

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



Central de esterilización

Instalaciones de:

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



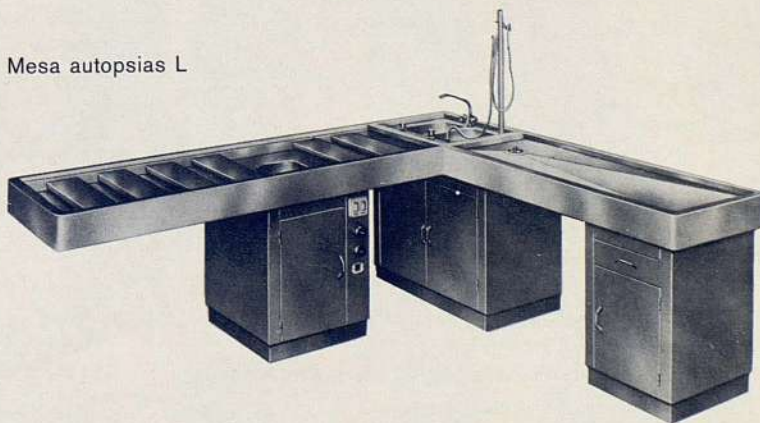
Central de lav

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



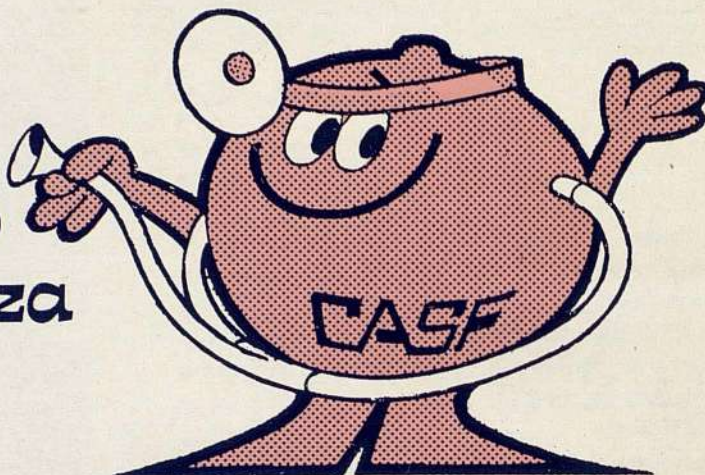
PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada



CENTRAL

Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña
(Tel. *301 12 08)

AGENCIAS

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94

Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1
Avda. Madrid, 92 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
Violante de Hungría, 100-102 (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

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

¡Vale más quien sirve mejor!