

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 29. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1976
Número 162 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

ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES	148
Por el doctor J. PLAZA MONTERO	
EL SERVICIO DE LIMPIEZA EN LOS HOSPITALES	153
Por JOSÉ M. ^a MUNETA, O. H.	
EL FUTURO DE LAS ESCUELAS DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS	155
Por el doctor A. PALOU SANROMÀ	
VALORACIÓN PRESENTE Y FUTURA DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS DE BARCELONA	158
Por ENRIQUE GARCÍA RÍO	
EL ENFERMO SIGNO SACRAMENTAL DE CRISTO	163
Por P. A. RUTILI, M. I.	
EL PROBLEMA MORAL DEL ABORTO	168
Por CARLO CAFFARRA	
LA RELACIÓN DE AYUDA PASTORAL CON EL ENFERMO CANCEROSO	173
Por los Padres Camilos	
NOTICIARIO	176
BIBLIOGRAFÍA	188
ÍNDICE GENERAL/76	190

ORGANIZACION DE HOSPITALES



PREÁMBULO

LABOR HOSPITALARIA me sugiere la posibilidad de redactar una serie de artículos sobre la organización y funcionamiento de hospitales. La empresa se muestra sumamente atractiva. Nos hemos visto obligados a meditar ampliamente sobre el tema. Hemos consultado opiniones bibliográficas en la literatura mundial. Tenemos ya una experiencia propia que comienza a ser dilatada después de 12 años de dirección, y sobre todo, hemos tenido abundante y continuada contrastación de pareceres con numerosos elementos de mi propio equipo y de otros equipos de trabajo de fuera de nuestro hospital y en especial de la Curia Provincial de los Hermanos de san Juan de Dios.

Pero al propio tiempo la empresa de redactar unos artículos sobre organización de hospitales se muestra sumamente ardua y difícil si queremos no hacer una simple transcripción de lo ya publicado y sí un aporte de experiencia para un posible cuerpo de doctrina. Empresa ardua y difícil no sólo por su complejidad, sino sobre todo por la dificultad de generalización de los conceptos a todos los tipos de hospitales que pueden existir.

En efecto, las variaciones se nos muestran sumamente numerosas y las diferencias profundas si consideramos un hospital general o un hospital especializado. Y dentro de éstos las diferencias son obvias si contemplamos a un hospital infantil o si lo hacemos a un hospital geriátrico, quirúrgico o traumatológico. Pero además serán también muy diferentes las perspectivas organizativas si pensamos en un hospital, de ámbito regional y en otro de ámbito comarcal y más aún si tenemos en cuenta un centro de ámbito rural o local. Por otra parte profundas variaciones hemos de encontrar si, como nos ocurre hoy día, hemos de pensar en un hospital aislado o individualizado con simples relaciones con otros centros, o si, como deberá ser en el futuro, pensamos en unos equipos o redes hospitalarios en los que se integren centros diversos, tanto desde el punto de vista de su función como de su ámbito.

Al meditar sobre estas dificultades uno se siente tentado a explayar toda una filosofía sobre el tema. Nos ha preocupado de verdad la enorme carencia de una verdadera coordinación u organización que podríamos llamar suprahospitalaria pero también denominarla sencillamente sanitaria y sobre todo nos ha preocupado grandemente ver la vaguedad, parquedad y cortedad de los atisbos de soluciones apuntadas. Pero nos ha parecido siempre que este problema cae por completo fuera de nuestras posibilidades y que si en algo podríamos contribuir a sus soluciones había de ser integrados en otros equipos de trabajo.

Por eso vamos a emprender la redacción de esta serie de artículos con un intento de concreción. Limitarnos a exponer nuestra propia experiencia en nuestro propio hospital.

Y si con ello nos sentimos inclinados a la esquematización, además de la concreción, diríamos que nuestras consideraciones habrían de abarcar los siguientes apartados:

- Metas generales del hospital.
- Organigrama funcional.



El nuevo san Juan de Dios se yergue sobre un promontorio cual símbolo de la entrega de la ciudad al Hospital y de éste a todas y cada una de las familias barcelonesas

- Disposición arquitectónica.
- Servicios médicos.
- Servicios centrales.
- Unidad de enfermería.
- Servicios de coordinación.
- Servicios generales.
- Servicios administrativos.
- Organos de Gobierno.
- Departamento de personal.
- Organos asesores.
- Auditoría hospitalaria.
- Historia clínica.
- Coordinación extrahospitalaria.

Y éstos, en realidad, han de ser los capítulos en que vamos a dividir nuestros comentarios.

Es indudable que en la realidad práctica esta sucesión esquemática lleva consigo la necesidad de volver continuamente sobre los pasos, ya que la interconexión e interdependencia de los problemas en el hospital obligan a continuadas adaptaciones. Aparte de eso también consideramos que en una labor directiva y organizativa es de todo punto aconsejable la vuelta periódica por los problemas, para lo que aconsejamos y procuramos llevar a la práctica la revisión periódica y sucesiva de todos y cada uno de los apartados, con lo que se consigue no una reiteración tipo noria, sino un avance coordinado en forma de espiral que nos conduce de una forma progresiva a considerar los mismos problemas en niveles cada vez más elevados como en una espiral en la que, si los medios y las bases son adecuados aunque rígidos y firmes, se consiguen las cualidades de:

- flexibilidad,
- adaptabilidad,
- resistencia,
- tensión de progresión, que tan necesarias resultan para una labor organizativa.

Después de este preámbulo necesario para definir las metas que nos hemos marcado para la redacción de estos capítulos vamos a pasar ya al primer apartado que vamos a considerar.

METAS GENERALES DEL HOSPITAL

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LA ZONA

Ha de resultar, indudablemente, el apartado de más difícil concreción el de marcar las metas u objetivos del hospital.

Por una parte se ha de tener en cuenta para ello un estudio de las necesidades que la zona, comarca o región muestra en los momentos de proyección

del hospital una especie de *estudio de mercado* si queremos emplear términos comerciales o empresariales. Sería totalmente absurdo proyectar un hospital allí donde las demandas de servicios hospitalarios están ya cubiertas o saturadas. Si pensamos en un futuro en el que un estudio sanitario del país permita el conocimiento de las necesidades generales de la población, será fácil definir estas circunstancias e incluso será posible tener en cuenta prioridades. Hoy día no existe otra posibilidad que basarse en los datos estadísticos de población, en la experiencia de otros centros y en la experiencia de un grupo de médicos de la zona o región lo más amplio posible, obtenida mediante encuesta y mejor aún mediante entrevista personal.

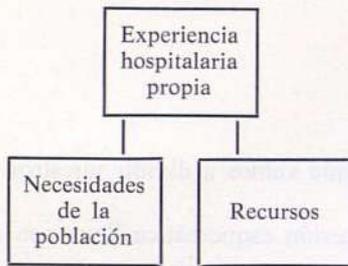
Por otra parte, si no se trata de un hospital de nueva creación, es preciso basarse en la propia experiencia del hospital. La labor de una serie, más o menos amplia, de años no debe desperdiciarse. Aun cuando pueda considerarse sumamente deficiente, imperfecta o escasa, siempre ha de resultar interesante y útil pues nada hay que enseñe tanto como el reconocimiento de los propios fracasos y la consideración de las propias imperfecciones. Pero además nada ha de resultar más esterilizante que el revoloteo continuo, la actividad siempre cambiante, basada únicamente en metas personales, sobre todo en una actividad como la hospitalaria que requiere la cristalización de varias generaciones para adquirir solera.

Por último habrá de hacerse también un estudio de los propios recursos para que ante la proyección de un hospital no quede todo en sueños irrealizables.

Así dispondremos de tres pilares firmes que nos pueden servir de basamento para la consecución del hospital. Con estos tres pilares bien asentados por un correcto estudio de los mismos podremos pasar ya a considerar una serie de apartados que nos conducirán al marcaje de las metas generales del hospital:

- Dependencia.
- Definición del hospital.
- Función hospitalaria.
- Límites funcionales.
- Ámbito de actuación.
- Capacidades.
- Tipo de pacientes a asistir.

Traduzcamos estas consideraciones a nuestro propio hospital.



EXPERIENCIA HOSPITALARIA PROPIA

Desde 1867 en que fue fundado por el padre Benito Menni el centro dedicado «al tratamiento de niños escrofulosos, raquíuticos y afectos de otras enfermedades óseas», hasta el año 1964 en que se plantea la necesidad de un nuevo hospital a la altura de los adelantos científicos, transcurre casi un siglo de continuada atención a la infancia.

La atención se centra, desde un primer momento, de acuerdo con las posibilidades y recursos de la Orden Hospitalaria, en aquellas necesidades que se muestran más perentorias en la Sociedad: el niño indigente, carente de todo medio de fortuna, es asilado aprovechando su dolencia física en un intento de mejorar, aun temporalmente, su problema social y humano. Si la vertiente de la asistencia médica, vista con la perspectiva de la ciencia actual, puede considerarse que no brilla extraordinariamente, se adquiere una larga y profunda experiencia en los problemas que plantea la hospitalización prolongada, en la reintegración de los pacientes a la sociedad de que proceden y sobre todo en la necesidad de que la atención hospitalaria no se dedique en exclusiva a los problemas patológicos. Se alcanzan profundas inquietudes que conllevan intensas búsquedas de soluciones en el aspecto de la atención global de los pacientes no descuidando los aspectos psíquicos, espirituales, e incluso sociales, de su personalidad. Las deficiencias científicas de las diferentes épocas se intentan suplir, y sobre todo complementar, con un trato humano del paciente.

Y también en este aspecto de la humanidad, en la atención hospitalaria a los

pacientes se va adquiriendo una experiencia a costa de los propios fracasos y del reconocimiento de los propios defectos. Fracasos y defectos en su gran mayoría producto de una sociedad que limitaba la beneficencia a procurar apartar de sí misma a unos seres más o menos repulsivos de los que únicamente se acordaba en determinadas ocasiones en las que los empleaba como espectáculo más o menos edificante.

Sin embargo, también se aprendió en propia experiencia, cómo esa misma sociedad que mostraba en el hospital sus lacras de egoísmo, era capaz en gran manera, primero como individualidades, y después, cada vez más, como sociedad comunitaria, de vibrar ante la entrega y el entusiasmo de un grupo de hombres, potenciando su labor y permitiendo su continuidad.

Incluso desde el punto de vista médico en determinadas épocas, gracias a la entrega de ciertas individualidades, se logra un nivel científico loable.

Desde la década de los años 30, la ortopedia alcanza alturas muy dignas en parangón con el desarrollo científico del momento. Incluso en los años 40 llegan a constituir, en algunos aspectos, puestos de avanzada científica.

En esta misma década de los años 40, alcanzan asimismo cotas muy elevadas: especialidades parapediátricas como la oftalmología y la otorrinolaringología.

Un importante grupo de pacientes son siempre atendidos en el hospital aunque con resultados no muy brillantes, por lo poco desarrollado que está científicamente su tratamiento en la ciencia médica: los enfermos neurológicos. En ellos, más que en ningunos otros, se vuelca la atención humana de los hermanos de san Juan de Dios.

RECURSOS PROPIOS

El segundo pilar o basamento que convenía definir era éste, de las propias posibilidades.

El patrimonio del hospital de Barcelona, aparte de casi 30.000 m² de terreno en su propio asentamiento, se reducía a algunas propiedades de casas o pisos diseminados por la ciudad y algún terreno por sus alrededores, producto de donaciones o legados de benefactores. Existía también el terreno y edificio en la playa de Calafell en el que funcionaba otro centro hospitalario.

Dejando aparte las dos fincas en cuyas edificaciones se desarrollaba la labor hospitalaria, el resto no representaba otra cosa que posibles recursos ante alguna necesidad perentoria.

Se valoró, pues, el terreno de Las Corts, y, aunque no es éste el lugar de hacer historia exacta de la venta, queremos indicar para aclarar conceptos oídos en numerosas ocasiones, que la venta vino condicionada a buscar a alguien que basado en la futura adquisición del terreno financiase la compra del nuevo emplazamiento y la construcción del nuevo hospital. Así se hizo y quedaba pendiente la instalación de todo el aparillaje, utillaje y mobiliario para lo que se consideró como recurso el desarrollo de campañas de petición de ayuda a la ciudad de Barcelona. A ellas respondió maravillosamente no sólo la ciudad, sino la comarca, aunque a pesar de todo hubo que recurrir a la venta de Calafell cuyo cierre ya estaba decidido por la Curia Provincial y a la de buena parte del patrimonio.

Todo ello contando, como es lógico, en un estudio financiero profundo y especializado con los créditos hipotecarios que era previsible obtener.

No se disponía, pues, de todo el capital necesario pero sí una inmensa esperanza de poder alcanzarlo.

Pero al hablar de recursos propios, aunque es obligado comenzar por los financieros, no resulta, sin embargo, lo más importante. Para nosotros representa mucho más los recursos humanos; y, fue, basados en ellos, cómo nos atrevimos todos a una empresa que fue tildada de ilusoria e irrealizable.

Disponíamos en primer lugar de la enorme fe y entrega de un grupo de hermanos. Ellos constituían la levadura que permitió la transformación. Bien es verdad que muchos de ellos eran cambiados cada 3 años, pero desde sus nuevas casas seguían infundiéndonos entusiasmo y fe.

NECESIDADES SANITARIAS DE BARCELONA Y SU ENTORNO

Junto a ellos, y formando un grupo al comienzo heterogéneo, de unidades aisladas de islas científicas, existía el cuerpo facultativo del viejo hospital. Hombreres cuya llegada había sido atraídos por una independencia en la labor hospitalaria; para los que la labor había sido inhóspita en otros centros, valga la redundancia; y cuya permanencia en el centro no podía atribuirse a otro hecho que verse atraídos por la humanidad, la entrega y el entusiasmo de los hermanos.

Tres equipos ortopédicos, un equipo otorrinolaringológico, otro oftalmológico, así como individualidades en el campo de la Neurología, Cardiología, hicieron cristalizar en 1956 la necesidad de un equipo pediátrico; y, paralelo a él, un equipo de cirugía infantil y más tarde un equipo de Psiquiatría dentro del campo de la infancia.

Se disponía, pues, de un grupo alrededor de 35 médicos con una dedicación bastante limitada en el tiempo, pero con una entrega y entusiasmo sin límites.

Con todo este bagaje humano se podía emprender la empresa.

El último pilar o basamento para la decisión de construcción de un nuevo hospital se mostraba aún más prometedor que los anteriores.

En efecto, el déficit de camas hospitalarias era, y aún sigue siendo evidente, sobre todo si teníamos en cuenta que muchas de las camas contabilizadas pertenecían a hospitales totalmente desprovistos del nivel mínimo exigible como le ocurría al nuestro, para una época del último tercio del siglo xx.

A un nivel claramente europeo, y por lo que a camas pediátricas se refiere, existía un único centro: 400 camas del hospital infantil de la Seguridad Social. Con nivel asistencial muy inferior por lo que se refiere a unidades de enfermería, aunque magníficamente suplido por el entusiasmo de los equipos personales existían unas 100 camas en el Hospital Clínico, otras 30 en el Hospital de Nuestra Señora del Mar, unas 40 plazas para recién nacidos en el centro de Neonatología de la Diputación Provincial y muy poca cosa más contabilizable. Unas 600 camas pediátricas para una población de más de 2.500.000 habitantes, aproximadamente una cama por cada 4000 habitantes, cuando según las recomendaciones de la OMS resulta aconsejable el índice de 0,75 camas cada 1000 habitantes.

Pero mucho más importante que el número resultaba la calidad. En efecto, además de las ya citadas, existían otras 600 camas pediátricas más con lo que se alcanzaba escasamente el 66 % de las necesidades; pero solamente un 22 % alcanzaba los niveles requeridos.

El basamento de las necesidades hospitalarias resultaba sólido. Desde él y con la ayuda o apoyo de los otros dos basamentos todo era posible.

Vía libre para emprender la obra. Pero ahí era precisamente donde iban a comenzar las máximas dificultades.

RESUMEN

Hasta aquí hemos seguido una descripción que podríamos definir como histórica o cronológica. Nos ha parecido lo más adecuado para sentar las bases de la nueva empresa emprendida.

A partir de aquí nos parece fuera de lugar el seguir un orden cronológico. Se ha alcanzado una cota o nivel determinado en ese nuestro caminar en espiral. Vamos a describirlo sencilla y esquemáticamente. Y de una manera paralela, de vez en cuando, señalaremos las metas que hoy por hoy consideramos ideales aun cuando no las hayamos podido alcanzar.

Para ello vamos a seguir en este camino de las metas generales la sistemática que señalábamos anteriormente.

Pero quizás sea conveniente para darle mayor unidad que ellas compongan la materia del próximo artículo.

J. PLAZA MONTERO

Médico director del hospital infantil San Juan de Dios de Barcelona

EL SERVICIO DE LIMPIEZA EN LOS HOSPITALES

INTRODUCCIÓN

Actualmente cuando un paciente entra en un centro hospitalario debe sentirse confortado con la seguridad de que los responsables del Centro han hecho todo cuanto es posible para acogerle en un lugar limpio, de atmósfera agradable y a salvo de transmisiones por organismos infecciosos.

El hospital debe tener un grado de limpieza superior a los demás lugares de habitabilidad. El local estará limpio, tanto bacteriológica como estéticamente para la seguridad del paciente. Esto debe ser así: 1.º porque es un lugar donde pueden hallarse con facilidad elementos patógenos; 2.º porque está frecuentado por visitantes predispuestos a contraerlos, ya sea por su edad o por su estado de salud.

PLAN DE LIMPIEZA

En la estructuración de un plan de limpieza, los cuidados de suelos juegan un papel importante en el programa de control de infecciones. Dado que las superficies horizontales son áreas mayores, es allí donde se emplazarán para vivir el mayor número de organismos. Es sumamente importante destruir estas materias para evitar que vuelvan a pulular nuevamente en el aire y produzcan los naturales contagios. Un estudio cuantitativo de estos microorganismos, demuestra que los agentes infecciosos se siembran en un hospital a través de distintos caminos. Por lo tanto, controlaremos especialmente la limpieza de: ventilación, instalaciones de aire acondicionado, transporte, almacenaje, vertederos de materias de desperdicio, aseos, baños, duchas, alfombrillas y todos aquellos equipos y objetos usados por los pacientes.

Un mantenimiento en condiciones sanitarias debe incluir la consecución de un acabado psicológicamente atractivo, físicamente limpio y bacteriológicamente seguro, todo ello dentro de un coste aceptable.

TRATAMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Debemos tratar el hospital como a un enfermo que requiere también nuestros cuidados y velar por su nivel de salubridad.

Existen en nuestro léxico cuatro palabras cuyos conceptos permiten dar una imagen positiva al usuario que ingresa en una institución: limpieza, desinfección, desodorización y abrillantamiento.

LIMPIEZA

El paciente que ingresa en una institución sanitaria o sus acompañantes advierten inmediatamente el aspecto general de limpieza o abandono, y, prejuzgan, a su manera, sobre la eficiencia de las medidas usadas por el centro.

La limpieza simultaneada con la desinfección nos proporciona una garantía de asepsia.

Es muy importante clasificar el hospital por tipos de pavimentos, zonas higiénicas, mobiliarios, para programar las frecuencias y la racionalización del trabajo.

DESINFECTAR

Es suprimir el riesgo de infección, es decir, reducir al mínimo los gérmenes patógenos de un local.

DESODORIZAR

Además de eliminar los olores del ambiente, los modernos desodorantes y desinfectantes permiten unos niveles higiénicos altos. Estos productos también atacan los microorganismos que favorecen la descomposición de materia orgánica, fuente de olores desagradables, sin que se vea afectada la percepción olfativa del paciente.

ABRILLANTADO DE PAVIMENTO

Realmente cuando nos hallamos frente a un pavimento brillante, nos da la sensación de limpieza. Un suelo pulido es un espacio impermeabilizado, exento de porosidad donde la proliferación de gérmenes es muy difícil y su exterminación resulta más efectiva. No obstante, frente a los tratamientos abrillantadores corrientes existen los denominados tratamientos vitrificadores, que proporcionan óptimos resultados en cuanto a brillo y resistencia al desgaste, siendo además antideslizantes.

OTROS COMPLEMENTOS

Al margen de los sistemas de esterilización centralizados, el arma de desinfección usada por el personal de mantenimiento son los detergentes desinfectantes. El

jefe de este servicio debe conocer las características que son exigibles a un detergente desinfectante por lo cual para su información usará de los departamentos técnicos.

Además el mercado presenta una gran variedad de productos desechables, de un solo uso, como bolsas de plástico, guantes, mopas tratadas, etc. El uso de estos elementos puede ser ventajoso y a veces insustituible. Como aplicación citaremos el empleo de bolsas para retirar y aislar productos de desecho o contaminados, mopas tratadas para áreas críticas, etc.

CÓMO PODEMOS FACILITAR LA SIEMBRA DE ORGANISMOS PATÓGENOS

Los cubos y las mopas son focos ideales para el cultivo de estos organismos. De aquí se deduce que mopeando de forma inadecuada, lo que se hace en realidad es pintar el suelo de elementos patógenos y de suciedad. Estos organismos se incrustan en los depósitos de las mopas, en las escobas, en los trapos, principalmente en zona de suciedad y en todos aquellos rincones donde se guardan durante semanas o meses. Por lo tanto debemos utilizar los utensilios de trabajo en unas condiciones y forma de asepsia que garanticen en todo momento la higiene deseada.

INSPECCIÓN - REQUISITOS

Uno de los primeros pasos para establecer un programa de limpieza de suelos, debe ser una organización y una inspección sistemática que asegure la incorporación de los métodos adecuados de limpieza, frecuencia de aplicación y uso de bactericidas. Las inspecciones cuidadosas y regulares son esenciales para alcanzar éxito en cualquier programa de limpieza sanitaria de los suelos. En distintas zonas del hospital se recomienda que este equipo de inspección haga controles. La formación del equipo o comité debe de estar integrada 1.º por un miembro del departamento o responsable del control de infecciones (bacteriólogo), 2.º el administrador y 3.º el responsable del servicio de limpieza. El equipo debe tener en cuenta en sus inspecciones tres elementos:

- Vigilar que sea efectuada una limpieza correcta desde un punto de vista estético a efecto de confort hacia el paciente.
- Presentar los resultados de cultivos bacteriológicos indicando las secciones críticas, utensilios y si en las diferentes áreas del hospital se emplean las condiciones de higiene y asepsia.
- Se hará una revisión de prácticas, sistemas y demás elementos administrativos.

LA PRÁCTICA DE ESTE CONTROL

No es realmente imprescindible efectuar inspecciones exhaustivas, sino muestreos parciales, ni tampoco con-

seguir zonas completamente estériles y exentas de microorganismos, ya que muchos lugares del hospital son de difícil control (zonas de circulación). Todos los espacios no son áreas críticas, ni zonas patógenas. Intentando conseguir mejor calidad e intensidad en todo el Centro resultarían unos costes innecesarios y prohibitivos. Lo que queremos expresar es que elementos patógenos de la importancia de pseudomonas, klesbsiellas, E. coli, salmonella, St. aureus, fomiie, etc., estén eliminados. El control de los suelos no patógenos será fácil con la limpieza y el tratamiento programado.

CLASES DE SUCIEDAD

Existen tres tipos de suciedad clasificables en relación a su origen: Suciedad de uso, producida por elementos que se utilizan normalmente (polvillo, colillas, papeles, etc.). Suciedad de ambiente (humo, polvo seco y húmedo). Suciedad circunstancial, producida por obras, reformas, traslados, agentes atmosféricos, etc.

PROGRAMACIÓN SELECCIONADA Y CIRCUNSTANCIAL

Analizando más la limpieza podemos diferenciarla entre aquella que se realiza en zonas horizontales y en zonas superiores a 1,5 m. Podemos indicar algunas zonas superiores como son cristales, lámparas, plafones, paredes, repisas, persianas, etc. Para estas áreas haremos programaciones periódicas teniendo presente el binomio o equilibrio entre calidad-economía. Muchas de ellas pueden ser contratadas a empresas externas cuyo grado de experiencia y eficacia tienden a ser muy notables.

Otros de los elementos que se clasifican como circunstanciales son: agua, barro, polvo, grasa, lluvia, nieve, obras, traslados, etc. Todos ellos deben tener un trato especial.

CUADRO DE MANDO

El departamento de limpieza es una sección del hospital integrada en un organigrama con una jerarquización de responsabilidad; por lo tanto formarán parte del equipo del hospital a efectos funcionales.

Para una máxima eficiencia en el mantenimiento del suelo del hospital con éxito se requiere un personal consciente, bien entrenado, que realice su trabajo exactamente de acuerdo con los procedimientos aprobados; de esta forma se definen claramente las responsabilidades, hace que la calidad de trabajo mejore y permite todo tipo de programaciones y reacciones. Las instrucciones correctas y la buena dirección logrará que en poco tiempo, este personal pueda ser un experto mante-

nedor de suelos y equipamientos en condiciones sanitarias.

Una de las responsabilidades más importantes de un hospital es emplear en la forma más inteligente sus recursos humanos y económicos y perseguir los perfeccionamientos continuados en la utilización de sus servicios. La limpieza no quedará al margen de la formación, investigación ni de las prácticas profesionales. Asimismo, el uso sistemático del sentido común para buscar métodos mejores y más sencillos de realizar estos trabajos. Como los recursos de los centros hospitalarios son escasos se hará uso de los mismos lo más racionalmente posible, para lo cual se planteará si el hospital, por sí mismo, debe ser un experto en limpieza o contratar ésta a una empresa especializada. Algunos centros tienen contratados total o parcialmente estos servicios, con una colaboración bastante aceptable.

NECESIDAD DE MECANIZARSE

La mecanización va penetrando en los grandes centros hospitalarios. Muchas áreas del hospital pueden recibir con agrado esta automatización. El mantenimiento de suelos hechos a máquina se traduce en una calidad de trabajo mucho mayor que la que se consigue realizándolo manualmente. Actualmente algunos programas no los podemos realizar ya sin estos elementos.

SELECCIÓN DE LIMPIADORES GERMICIDAS

El hospital que se limita a limpiar el suelo con jabón, agua o detergente exclusivamente, creemos que con sólo estos elementos es prácticamente imposible eliminar la mayor parte de los gérmenes patógenos. Es necesario elegir entre aquellos que presentan un ancho espectro bactericida. El servicio de limpieza, junto con el bacteriólogo deben trabajar en la selección de bactericidas teniendo presente, su capacidad germicida y de limpieza, resistencia, coste, desodorización, residuos y otros factores.

CONCLUSIÓN

En estas anotaciones queremos manifestar que lo que verdaderamente interesa a un centro hospitalario es conseguir que el paciente se halle, en el aspecto externo, confortablemente y exento de aquellos elementos que pudieran perjudicarle. El servicio de limpieza colabora de forma especial a la consecución de este objetivo, para lo cual la dirección usará de los medios y técnicas a su alcance y de la forma más racionalmente posible.

JOSÉ M.^a MUNETA, O. H.

Coordinador del hospital San Juan de Dios de Barcelona

EL FUTURO DE LAS ESCUELAS DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS*

Los hermanos de san Juan de Dios, por su vocación y dedicación al enfermo, y en su deseo de reclamar el derecho a ejercer la parte más ingrata y difícil de la asistencia al paciente, se identifican con la profesión de la que intento escribir. Los hermanos son los precursores de una profesión que se ha visto afectada por los avances técnicos de tal forma, que estoy seguro llegará, en un futuro no lejano, hasta unos niveles académicos que poco podría sospechar el propio Juan Ciudad, pero que, sin lugar a dudas, todo ello seguirá siendo en beneficio del amor y la caridad hacia nuestro semejante.

* Lección inaugural de la Escuela de ATS masculina San Juan de Dios. Palma de Mallorca.

La Escuela San Juan de Dios es masculina; ello se debe a que una legislación arcaica, que puedo asegurar está por suerte en vías de cambio**, divide todavía en su formación a los futuros profesionales según su sexo, recordando popularmente aquellas antiguas denominaciones de practicante y enfermera, problema que se intentó subsanar con la desafortunada expresión de las siglas ATS, cuyo desarrollo: «Ayudante Técnico Sanitario» no responden convenientemente al contenido de la profesión: ya que la palabra ayudante presupone la sujeción a otra profesión, cuando vamos precisa-

** Uno de los últimos consejos de Ministros, celebrado recientemente en Madrid, resolvió favorablemente el carácter mixto de los centros y la no exigencia de internado.

nedor de suelos y equipamientos en condiciones sanitarias.

Una de las responsabilidades más importantes de un hospital es emplear en la forma más inteligente sus recursos humanos y económicos y perseguir los perfeccionamientos continuados en la utilización de sus servicios. La limpieza no quedará al margen de la formación, investigación ni de las prácticas profesionales. Asimismo, el uso sistemático del sentido común para buscar métodos mejores y más sencillos de realizar estos trabajos. Como los recursos de los centros hospitalarios son escasos se hará uso de los mismos lo más racionalmente posible, para lo cual se planteará si el hospital, por sí mismo, debe ser un experto en limpieza o contratar ésta a una empresa especializada. Algunos centros tienen contratados total o parcialmente estos servicios, con una colaboración bastante aceptable.

NECESIDAD DE MECANIZARSE

La mecanización va penetrando en los grandes centros hospitalarios. Muchas áreas del hospital pueden recibir con agrado esta automatización. El mantenimiento de suelos hechos a máquina se traduce en una calidad de trabajo mucho mayor que la que se consigue realizándolo manualmente. Actualmente algunos programas no los podemos realizar ya sin estos elementos.

SELECCIÓN DE LIMPIADORES GERMICIDAS

El hospital que se limita a limpiar el suelo con jabón, agua o detergente exclusivamente, creemos que con sólo estos elementos es prácticamente imposible eliminar la mayor parte de los gérmenes patógenos. Es necesario elegir entre aquellos que presentan un ancho espectro bactericida. El servicio de limpieza, junto con el bacteriólogo deben trabajar en la selección de bactericidas teniendo presente, su capacidad germicida y de limpieza, resistencia, coste, desodorización, residuos y otros factores.

CONCLUSIÓN

En estas anotaciones queremos manifestar que lo que verdaderamente interesa a un centro hospitalario es conseguir que el paciente se halle, en el aspecto externo, confortablemente y exento de aquellos elementos que pudieran perjudicarle. El servicio de limpieza colabora de forma especial a la consecución de este objetivo, para lo cual la dirección usará de los medios y técnicas a su alcance y de la forma más racionalmente posible.

JOSÉ M.^a MUNETA, O. H.

Coordinador del hospital San Juan de Dios de Barcelona

EL FUTURO DE LAS ESCUELAS DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS*

Los hermanos de san Juan de Dios, por su vocación y dedicación al enfermo, y en su deseo de reclamar el derecho a ejercer la parte más ingrata y difícil de la asistencia al paciente, se identifican con la profesión de la que intento escribir. Los hermanos son los precursores de una profesión que se ha visto afectada por los avances técnicos de tal forma, que estoy seguro llegará, en un futuro no lejano, hasta unos niveles académicos que poco podría sospechar el propio Juan Ciudad, pero que, sin lugar a dudas, todo ello seguirá siendo en beneficio del amor y la caridad hacia nuestro semejante.

* Lección inaugural de la Escuela de ATS masculina San Juan de Dios. Palma de Mallorca.

La Escuela San Juan de Dios es masculina; ello se debe a que una legislación arcaica, que puedo asegurar está por suerte en vías de cambio**, divide todavía en su formación a los futuros profesionales según su sexo, recordando popularmente aquellas antiguas denominaciones de practicante y enfermera, problema que se intentó subsanar con la desafortunada expresión de las siglas ATS, cuyo desarrollo: «Ayudante Técnico Sanitario» no responden convenientemente al contenido de la profesión: ya que la palabra ayudante presupone la sujeción a otra profesión, cuando vamos precisa-

** Uno de los últimos consejos de Ministros, celebrado recientemente en Madrid, resolvió favorablemente el carácter mixto de los centros y la no exigencia de internado.

mente a demostrar la personalidad de la enfermería como tal.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Se puede literalmente leer en un informe sobre Enfermería de un Comité de Expertos de la OMS que *aunque la enfermería se ha venido considerando como una profesión más apropiada para la mujer, el Comité estima que podría mejorarse y ampliarse el servicio procurando que un mayor número de hombres se dediquen a esta profesión*, y de hecho así está ocurriendo en países técnicamente más avanzados que nosotros.

Hechos estos comentarios, diré que para mí existe sólo una profesión muy definida, sin diferencias de sexos. Como cosa práctica y solución perentoria emplearemos a lo largo de la exposición el término general de *Profesional de Enfermería* aunque en ocasiones se nos escabulla algún *enfermero* o *enfermera*.

EL HOMBRE ENFERMO

Para dar una visión completa del contenido esencial de la Enfermería creo muy útil hacer un pequeño resumen de la evolución antropológica del hombre enfermo.

El hombre, como cualquier otro ser vivo, dispone de una serie de mecanismos de defensa que le permiten luchar contra las circunstancias desfavorables del exterior. Asimismo posee una serie de mecanismos que le permiten volver, en la inmensa mayoría de las ocasiones, a su normalidad cuando tales circunstancias exteriores desfavorables le han conducido a la pérdida de su equilibrio biológico. La pérdida de este equilibrio biológico es lo que constituye la enfermedad.

Ahora bien, también es una certeza biológica que el hombre desde sus más remotos tiempos es un ser social.

La enfermedad, la pérdida del equilibrio biológico conduce al hombre en muchas ocasiones a una minusvalía funcional individual y social.

Cuando dentro de la Comunidad un individuo cae en estado de enfermedad, alguna de las personas de la sociedad se destaca para atenderle en su lucha contra la misma; esta persona destacada se constituye en su enfermera, la cual le presta la ayuda necesaria para que encuentre las mejores condiciones fisiológicas para su lucha contra la enfermedad.

También es un hecho evidente que el hombre, desde los más remotos tiempos de su existencia ha perseguido con ansia el conocer la esencia de las enfermedades, el descubrir sus causas, el desentrañar sus mecanismos de producción e intentar con sus conocimientos el influir sobre la evolución de los procesos morbosos. Surgen así el consejero de esta asistencia al enfermo en sus diferentes facetas históricas: el brujo, el sanador, el cirujano... en suma, el médico.

MÉDICO-PACIENTE-ENFERMERA

Aparece pues una trilogía que completa la función asistencial: médico-paciente-enfermera.

El enfermo personifica en el médico el ansia de curación y la esperanza en el logro de las mismas, así como el sentimiento mágico ante el misterio de la enfermedad; pero al propio tiempo sus inclinaciones naturales de dependencia, de necesidad de ayuda, de búsqueda de apoyo, las personifica en su enfermera.

De todo ello se desprende la excelencia de la misión de la enfermería que debe proporcionar esta asistencia total e integral al paciente en su cuádruple vertiente, física, psíquica, social y trascendente. De aquí que transcriba literalmente del citado informe del Comité de Expertos de la OMS el siguiente párrafo: *La responsabilidad del profesional de enfermería no debe limitarse a la administración del tratamiento: en sentido amplio, la prestación de un servicio de calidad significa ayudar al paciente a ejecutar todos los actos de la vida cotidiana que normalmente realizaría por sí solo, respirar, comer, beber, eliminar, descansar, dormir, moverse, lavarse, mantenerse debidamente abrigado, etc., pero como la vida es algo más que un mero proceso vegetativo, el profesional de enfermería debe facilitar las actividades de relación social, recreativas y productivas, es decir, ayudar al paciente a mantener el régimen de vida normal que llevaría por sí solo si estuviera bien de salud.*

Huelga decir —sigue el informe del Comité de Expertos de la OMS— *que el profesional de enfermería tendrá que decidir por su cuenta qué pacientes necesitan su asistencia especial en mayor grado y con más urgencia, no hay que olvidar que el resultado de un servicio de calidad debe ser, en efecto, poner al paciente y a los familiares en condiciones de conservar o recuperar la salud, o de adaptarse a su pérdida.*

Y como dice Cecilio Eseverri en su libro *Organización y Dirección de Enfermería*, en estas definiciones se aprecian tres funciones básicas de los profesionales de la Enfermería:

- Realización de las órdenes médicas.
- Atención a las necesidades básicas de los pacientes.
- Observación clínica cotidiana y decisión por su cuenta en lo relacionado a los enfermos y sus familiares.

Queda claro pues que la enfermería es una profesión colateral a la medicina, al igual que lo es la farmacia y que, por tanto, requiere para la formación de sus profesionales impartir unas materias especiales, y no unos cursos condensados de Medicina que no conducen más que a la formación de mini-médicos, precarios en cualquier vertiente de la asistencia sanitaria.

ENSEÑANZA Y FORMACIÓN DE LOS FUTUROS PROFESIONALES

De ahí se deduce que el problema queda finalmente reducido a aquél que sólo admite una solución: la enseñanza y la formación de estos futuros profesionales.

A las enseñanzas clásicas que podríamos denominar puramente técnicas o médico-asistenciales, es decir los conocimientos necesarios mínimos, de anatomía, fisiología, patología, terapéutica, etc., habrá que añadir una serie de conocimientos que sólo nos puede proporcionar el estudio adecuado de las ciencias sociales, tales como las técnicas de entrevista, dinámica de grupos y de comunidad, demografía, ecología, estadística, etc.

La necesidad de la perfecta y total comprensión del paciente y su medio nos obligará también a ofrecerles en su formación unos conocimientos psicológicos precisos sobre comprensión, emotividad, equilibrio, personalidad, etc., y al mismo tiempo será necesario no olvidar todo aquel grupo de conocimientos sobre temas trascendentales (pastoral, historia de las religiones, moral profesional, ética en general, etc.), que les permitirá atender esta vertiente del paciente, que junto con todas las demás somáticas y psíquicas, colabora en gran manera con su desequilibrio en la producción de los signos y síntomas de la enfermedad que aqueja al desvalido ser, que ha perdido su equilibrio biológico.

Todo este conjunto de enseñanzas se corresponde intelectualmente con las de cualquier otra profesión, y por tanto cada vez más en las Escuelas iremos viendo ingresar a jóvenes inquietos cuyas características serán muy diferentes a las del tradicional alumno de enfermería del pasado. La exigencia de las escuelas en cuanto a aumentar el nivel de su formación lejos de disminuir el número de alumnos los hará aumentar, sobre todo si al mismo tiempo se ofrece a los profesionales graduados unas consideraciones económicas y sociales adecuadas, y fundamentalmente, esto es lo más importante, una carrera atractiva con posibilidades de ascenso y promoción, estímulo este último imprescindible para cualquier profesional.

ADMINISTRACIÓN DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO

Hasta aquí sólo hemos hablado de asistencia al hombre enfermo, pero es que la ciencia médica ha avanzado tanto en sus técnicas que ha obligado a complicar

en grado sumo la administración de esta asistencia. Han aparecido los grandes hospitales modernos y con ellos la medicina en equipo, ello ha traído consigo la necesidad de dar a los profesionales sanitarios una formación complementaria, que con ánimo de exagerar, pero buscando grabar en su mente un concepto real, podríamos llamar ya *empresarial*.

En enfermería se impone ya el ofrecer unas enseñanzas de organización —conocimientos sobre empleos, formación, salarios, legislación, seguridad social—, y unas técnicas de dirección, que juntamente con unos conocimientos mínimos imprescindibles sobre control de calidad —encuestas, sondeos, técnicas asistenciales—, permitirán al profesional su normal desenvolvimiento dentro de esta moderna y compleja ciencia médica de la asistencia al paciente. Amen de la necesaria formación continuada, que hoy por hoy está bastante alejada de esta profesión.

A un nivel ya más superior no hay duda alguna de que el profesional de enfermería deberá formarse en técnicas de docencia e investigación, las cuales le permitirán a él mismo y por derecho propio dirigir los pasos de su profesión hacia el camino que le exija el progreso de la técnica para lograr la mejor asistencia.

Siguiendo en esta línea dentro de unos años los directores de Escuela de Enfermería no seremos médicos, sino que serán los propios profesionales de enfermería quienes dirijan su propia docencia, pidiendo, como es lógico, y dándola nosotros con mucho gusto, aquella parte de nuestros conocimientos que puede serles útil en el aumento de su caudal de conocimientos.

Naturalmente que esta renovación debe ser lenta y paulatina, y que los actuales profesionales irán adaptándose poco a poco a la misma ya que en parte su experiencia puede suplir este déficit de formación. Pero el camino es seguro y la necesidad de reconocerlo obligada.

Este es pues el futuro de la profesión de enfermería, futuro no ya tan lejano, como se demuestra con la constante apertura de nuevas Escuelas y la consiguiente renovación de las antiguas.

Renovación, en la que todos los sanitarios cooperaremos con la máxima ilusión, ya que en definitiva perseguimos todos el mismo fin: la conservación de la salud y la recuperación de la misma para los que han tenido la desgracia de perderla.

Dr. A. PALOU SANROMÁ
Director de las escuelas de ATS San Juan de Dios



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

y III

PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL —EL III PLAN DE DESARROLLO—

Al margen de los Planes de Desarrollo 1.º y 2.º, o más bien, como consecuencia de ellos, el Servicio Social de asistencia a los ancianos de la Seguridad Social, ha preparado el Plan Gerontológico Nacional, que proyecta la construcción de una red de hospitales geriátricos, residencias y clubs de ancianos por todo el país.

Si bien es loable tal esfuerzo, debe considerarse como insuficiente, dado el carácter grave del problema asistencial del anciano, tan carente de instituciones apropiadas.

En el III Plan de Desarrollo, la atención al anciano está cifrada en unos 6.700 millones, para la construcción de 50 residencias, 200 hogares y clubs de día, y 3 centros geriátricos. De hecho, estas previsiones no alcanzan a cubrir ni el 10 % del déficit planteado.

Y el ritmo de realización, tampoco puede considerarse satisfactorio. (6 clubs. En 1973: 3. En construcción: 2. Prevista: 1 residencia.) El centro geriátrico previsto para Barcelona (650 camas, 800 plazas de hospital de día, 1.450 plazas totales para su carácter regional), todavía no existe. Para cuando pueda la población anciana beneficiarse de sus atenciones, la demanda habrá desbordado totalmente las posibilidades de actuación. Y sobre todo, recordemos que el anciano no dispone

de demasiado tiempo, que las soluciones no pueden humanamente demorarse, y que el apremio es el signo que caracteriza las necesidades de esta edad. La vejez necesita soluciones a corto plazo, no promesas y proyectos para el futuro. *El futuro del anciano es nuestro hoy.*

COMPETENCIA

¿Cabe esperar un respaldo económico por parte del Estado? A esta pregunta existe una respuesta del Boletín de las Cortes al procurador señor Tarragona. *La obligatoriedad de la asistencia al anciano desvalido es, por precepto legal, competencia de la Corporación Provincial.* ¿La capacidad de ésta para atender al problema, pudiera ser potenciada por la Administración Central? Pues bien, esta subsidiariedad en el caso de Barcelona es prácticamente improbable ya que «si la Administración Central hubiera de suplir la capacidad de las diputaciones, *Barcelona sería la última en ser suplida*».

Esta potencialidad, la mayor de España según datos de la Administración Central, puede representar paradójicamente para el anciano local, una desventaja más.

Sobre la competencia legal siempre ha habido problemas de cumplimiento. Puig y Alfonso, afirmaba en

1925 que a pesar de la división tan clara que en materia de asistencia pública existía (Estado, Diputación, Municipio) el Estado no había cumplido nunca la misión que se reservó; muchas diputaciones no tenían organizados los servicios asignados por la Ley y en cambio, muchos municipios prestaban determinados servicios asistenciales sin tener obligación de prestarlos. Concretamente este caso se daba ya en Barcelona donde el Ayuntamiento se hacía cargo de pobres, abandonados, ancianos decrépitos e impedidos, dada la carencia de instituciones adecuadas en la ciudad.

LA ACCIÓN DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL

Intuimos que el enfoque que se da al problema, *atribuirlo legalmente* a la competencia de las diputaciones, no es la solución óptima. Sí, es evidente que la Ley de Administración Local, art. 245, tal como dice el Gobierno, confiere a las diputaciones la asistencia de los ancianos desvalidos, eso es, sin familia.

Pero también es evidente que el problema, por su magnitud, escapa de las posibilidades reales de las diputaciones, que se pueden encontrar con el imperativo de la Ley y sin recursos para llevarla a cabo en condiciones satisfactorias.

Las consecuencias, a largo plazo de lo que representa para el problema del anciano una derivación legalista tan simple, puede vislumbrarse en *otro gran problema nacional, la asistencia Psiquiátrica, que tiene parangón con la asistencia Gerontológica en muchos aspectos*: afecta a un gran número de ciudadanos, constituye un problema económico ingente, dispone de recursos limitados, acusa incremento progresivo de los afectados, etc.

ACTUACIÓN DE LA DIPUTACIÓN

La acción Provincial es eficiente y se desarrolla en los «Hogares Mundet», que son fruto de un generoso legado y de una valiosa aportación de la Diputación. Pero el número de plazas es limitado y la lista de espera, los ancianos que solicitan su ingreso desde hace mucho tiempo, descorazona a todos. No toda la atención puede dedicarse al anciano de Barcelona, ya que el ámbito exige, que por lo menos el 45 % se reserve al resto de la Provincia.

LAS INSTITUCIONES MUNICIPALES PARA ANCIANOS

La acción Municipal en el campo de la ayuda a la vejez, se ejerce principalmente a través de sus instituciones *hospital, actual asilo, hogares en los barrios*: En la actualidad, el Hospital Nuestra Señora de la Esperanza, con 306 camas, que se están ampliando a 450,

es el Centro de la futura UNIDAD GERONTOLÓGICA, coordinación de hospital, residencia, centro de rehabilitación, centro de inválidos, hospital de día y red de clubs.

«El Municipio continúa desde hace más de 40 años *sin estricta obligación legal* una labor de asistencia y atención al anciano. En 1958, adelantándose una vez más, a la puesta en marcha en el país de la Doctrina de la O. M. S., creó la Unidad Gerontológica», cuyos objetivos se definieron como:

«Encauzar de forma definitiva la asistencia a los ancianos, planificando la estructura orgánica más idónea, coordinando funcionalmente los distintos centros asistenciales y ofreciendo a la ciudad una solución digna y de acreditado nivel científico.»

LA NUEVA RESIDENCIA DE LA BONANOVA

El Ayuntamiento de Barcelona contaba en 1968, en el momento de escribirse el informe «Los ancianos, el 10 % de nuestra población», con un asilo ubicado en un antiguo almacén de la Exposición Internacional del pasado siglo, que a mayor abundamiento tenía en su terrado un enorme lago, depósito de la cascada del parque. En aquel informe, quizás con una sinceridad poco política y desde luego nada triunfalista, se dijo que «por las condiciones de vetustez, estructura arquitectónica y nivel de confort, poco acogedor y bastante lejos del concepto moderno de hogar, es causa de inhibición de la población barcelonesa que sólo en casos de extrema penuria y situación familiar desfavorabilísima, aceptan el ingreso».

Hoy, noviembre de 1974, está próxima la inauguración de un nuevo hogar-residencia en la Bonanova, capaz para 450 plazas; un moderno edificio rodeado de magníficos jardines que permitirá cerrar definitivamente el triste asilo actual. El inicial proyecto, y por razones de tipo coyuntural económico, se ha reducido a 2/3, eliminando un cuerpo de edificio. Queda para una etapa posterior lo que debía ser el salón de actos sociales, cine y capilla. También está proyectada una cafetería adecuada al servicio y se estudian los elementos arquitectónicos específicos para el anciano (rampas suaves, aseos y baños con accesos fáciles...).

Se completará funcionalmente con departamentos sociales, talleres y áreas de recreación suficientes. Los comedores, serán ambientados convenientemente y sobre todo, en régimen ordinario de funcionamiento se evitará la tendencia a la vida cuartelaria, facilitando la acogedora intimidad, agradable y familiar que recomienda la Organización Mundial de la Salud para las residencias de ancianos.

La Residencia-Hogar de Ancianos de la Bonanova se integrará en el complejo Gerontológico Municipal, como Institución destinada al anciano desvalido. Posteriormente, y en la misma finca, se construirá un centro

para grandes inválidos y ancianos con graves problemas de dependencia funcional.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos del municipio para dotar a la Ciudad de una asistencia moderna y eficaz para los senectos, los resultados distan todavía de ser satisfactorios. Deben señalarse como obstáculos que entorpecen las aspiraciones municipales en este sector:

a) *Falta de coordinación con las demás Corporaciones y Entidades.*

Cada corporación pretende su propio plan gerontológico, prescindiendo de las necesidades conjuntas de toda la población, de lo que pueden realizar las demás entidades y de sus propias limitaciones: es evidente que se esterilizan esfuerzos y se malgastan recursos. El Plan Gerontológico Nacional ha prescindido de la colaboración de algunas Corporaciones Locales y no aporta un programa coherente, por falta de un suficiente estudio previo; lo que debiera ser una mancomunidad asistencial al anciano se desvirtúa lamentablemente en acciones dispersas y algunas veces por ello, ineficaces.

b) *Insuficiencia de recursos.* Precisamente por tratarse de un tipo de asistencia al que no está obligado estrictamente por la Ley, recibe en los presupuestos municipales atención limitada.

Contemplada en conjunto, la actuación del sector público está llena de ausencias y lagunas, debidas mayormente a la *falta de coordinación* y a la ausencia de un verdadero plan general que las integre a todas.

SECTOR PRIVADO

Afortunadamente hoy día las instituciones de la Ciudad que se dedican a la atención del anciano, tanto las del sector público como las del sector privado, actúan dentro de una línea correcta en proceso continuo de mejora, adoptando siempre los métodos y los medios más convenientes para el anciano. Ha quedado atrás aquella situación que hizo decir a una ilustre pensadora, Concepción Arenal, «La caridad particular se hace sin criterio, y la oficial sin amor». Es difícil, hoy día, deducir la dependencia patrimonial de la calidad de la asistencia, puesto que todos rivalizan en humanizar sus prestaciones*.

El 50 % de las plazas existentes en Barcelona están financiadas por la iniciativa privada. (Fundaciones, Órdenes Religiosas, Asociaciones) ya que la filantropía en nuestra región es una característica secular. Pero las fuentes de financiación privadas no han sido debidamente interesadas. Existen mayores posibilidades que no se han explotado todavía: las Cajas de Ahorro (las

* Las Hermanitas de los Pobres, con cerca de mil plazas en tres establecimientos, detentan la primacía de la asistencia a los ancianos. Sus instituciones dignas han sido remozadas y constituyen hoy un claro ejemplo digno de imitar.

de Cataluña acumulan el 50 % aproximado del ahorro nacional) podrían destinar amplios recursos para financiar nuevas instituciones y mantenimiento de las existentes. Hay fundaciones privadas que sólo necesitan objetivos claros, programas perfectamente definidos para aportar nuevos recursos. La iniciativa privada no participa actualmente en la proporción necesaria porque *es un campo que no ha sido debidamente cultivado.*

Enfrentarse a la Administración General para conseguir conciertos sobre bases reales sólo será factible cuando los costes puedan demostrarse con claridad y además cuando por parte de las administraciones *se sepa plantear conjuntamente*, formando un frente común. Alcanzar o no, conciertos satisfactorios que permitan asegurar la continuidad de cada Institución, será un objetivo asequible, en relación, no ya individual ejercida, sino al esfuerzo mancomunado. Y ello no será posible, sin la capacidad de coordinarse y naturalmente, una visión política económica con prospectiva adecuada.

Esta necesidad de asociarse es vital y una voz autorizada, nada sospechosa de sectarismo político, nos lo recuerda:

—«Las voces aisladas casi nunca tienen hoy posibilidad de hacerse oír y mucho menos de ser acogidas» dice Juan XXIII en la Mater et Magistra.

LA FALTA DE INFORMACIÓN EN EL PROBLEMA DEL ANCIANO

Hemos hablado del Plan Gerontológico Nacional. Posiblemente sea el esfuerzo político más importante realizado en España para la asistencia a los ancianos, lo que no quiere decir que deba considerarse como la solución definitiva, ni tan siquiera la más lograda.

NECESIDAD DE COORDINAR LAS INSTITUCIONES ANTE EL PLAN GERONTOLÓGICO

Muchas instituciones van a recibir ancianos que tienen ya una cobertura legal, ya que el número de ancianos que estarán protegidos por el Mutualismo Laboral es cada vez mayor, correlativo a la amplia competencia de la Seguridad Social. Si ya el 80 % de la población española tiene cubiertas por la Seguridad Social sus contingencias, toda esta población pasará a la Mutuality, y por tanto, acreditará sus derechos como anciano con opción a ingreso en hospitales geriátricos, residencias, hogares, etc.

Ello quiere decir, que, dentro de esta evolución social del país, la asistencia al anciano se está canalizando mayoritariamente hacia lo que se ha llamado el Plan Gerontológico Nacional. Como ocurrió en su día con la Seguridad Social, la presión de la demanda desborda la capacidad de los centros construidos y únicamente una labor inteligente de coordinación de todos

los centros nacionales, integrados en la red asistencial al anciano, podrá dar satisfacción a las necesidades planteadas.

Muchas instituciones para ancianos (particulares, de la Iglesia, de las Corporaciones de Administración Local) van a tener un elevado porcentaje de pensionistas de las Mutualidades. Éstos evidentemente, constituirán no solamente el número más cuantioso, sino el de mayor peso específico en su financiación.

NECESIDAD DE REALIZAR UN ESTUDIO SOBRE LA ANCIANIDAD

Ante la defectuosa información debemos plantearnos como exigencia inmediata un estudio serio y completo que determine no sólo las magnitudes cualitativas y cuantitativas del problema del anciano, contemplados con rigor científico, sino que descienda a través de los necesarios equipos de investigación social (médicos-sociólogos y asistentes sociales) al detalle individualizado, al conocimiento vivo de quienes son los ancianos afectados, cuáles son sus verdaderas necesidades, y qué medios reales existen y qué otros precisa crear para darles solución, humana, eficaz y, dentro de lo posible, con un coste social razonable.

Creemos que un ejemplo claro nos lo dio Francia, cuando en 1960 la Comisión Laroque publicó su informe acerca de la situación Nacional de sus ancianos, con un esquema de trabajo que puede considerarse completo. La finalidad del informe era la de determinar la política a seguir en el país, sobre todos los problemas del envejecimiento de la población durante los próximos 20 años.

El proceso técnico del trabajo cubrió distintas etapas, y la sistematización investigadora aplicada permitió llegar a conclusiones válidas en

- empleo de personas mayores de edad
- actualización de pensiones
- alojamiento
- ayuda social
- ayuda médica
- programas de información, divulgación y educación.

El resultado fue plenamente logrado:

— *La colaboración de todos los sectores públicos y privados para llevar a cabo las normas fijadas en dicho plan.*

Consideramos una inversión de alta rentabilidad la que financiara a un equipo de técnicos especializados, cuyo informe permitiera un conocimiento real de los siguientes puntos, absolutamente imprescindibles antes de iniciar cualquier acción, proyecto o realización en este campo:

- Datos demográficos, analizando las causas del envejecimiento, y las perspectivas de evolución.

- Estudio individual del envejecimiento y de sus manifestaciones físico-psicológicas.
- Condiciones de vida de las personas de edad, obtenidas por datos estadísticos, a través de encuestas y estudios monográficos, tanto del anciano como de cuantos profesionales y personas estén dedicados a la asistencia gerontológica.
- Análisis de la capacidad profesional de las personas de edad avanzada. Límites de la actividad en función de la edad, naturaleza de la tarea ejercida, dificultades de encontrar puestos de trabajo. Capacidad y perspectivas de adaptación a nuevos puestos de trabajo.
- Estudio de los regímenes de jubilación y de las pensiones de la vejez. Dispositivos compensadores de la desvalorización monetaria y capitalizaciones complementarias. Flexibilidad y voluntariedad en las jubilaciones.
- Ayuda Social obligatoria o facultativa. Realidad de la atención hospitalaria y sanitaria. Medios disponibles. Niveles asistenciales. (Qué instituciones tenemos y cómo actúan.)
- Comportamiento Social y medidas de higiene mental en la vejez.
- Programación de las necesidades adecuadas a los ancianos, en atención a la realidad social, económica y sanitaria, sectorizando la asistencia por áreas demográficas de población. (Red asistencial coordinada.)
- Análisis de los recursos financieros existentes. Captación de nuevos. Determinación del coste social. Determinación de los recursos totales de la Comunidad que deben aplicarse. Economía del programa y distribución equitativa de cargos.

Si conseguimos polarizar los esfuerzos, que son necesarios para un estudio (*Provincial, Local o Regional*) de la Ancianidad, se habrá dado un positivo y definitivo avance en la solución de la problemática del anciano.

TODOS DEBEMOS SENTIRNOS RESPONSABLES

La tendencia que tenemos de atribuir la solución de los problemas sociales siempre a un estamento autoridad superior, rehuendo la responsabilidad individual hace que la problemática del anciano sea contemplada como algo ajeno a nuestras posibilidades de actuación, como secuela inevitable del progreso y la civilización.

Naturalmente que este problema afecta a la mayoría de países civilizados. Sauvy, señala el desequilibrio creciente del grupo no productivo (3^{em}. Age), respecto al productivo (adultos). Las prisas de los jóvenes por

acceder a puestos retribuidos y de poder, apartando a los mayores, viene incrementando el grupo de éstos. ¿Hasta qué punto será soportable? También se nos ha dicho (Rusk) que si no hacemos algo para introducir en nuestra economía al inválido, al enfermo crónico y al anciano, todo trabajador apto cargará sobre sus espaldas en 1980, *con un inválido, un enfermo y un anciano*.

La responsabilidad legal puede ser atribuída al Estado, a la Provincia o al Municipio, a la Seguridad Social, o a cualquier otra entidad oficial, y queda expresamente señalado en la legislación. Pero evidentemente nuestras leyes no señalan suficientemente la responsabilidad colectiva de la sociedad ante el anciano. El envejecimiento es el factor de evolución social que escapa más a la conciencia (Sauvy).

Con excesiva y lamentable frecuencia, nos inhibimos de las agobiantes necesidades del anciano, esperando una acción oficial que, lógicamente y a tenor de las ingentes dificultades de orden económico, va a llegar con mayor lentitud, parquedad y restricción de lo que necesitan los ancianos.

Creemos que hace falta urgentemente tomar conciencia a nivel individual de la magnitud del problema, afrontar una reestructuración de la conducta seguida hasta ahora y participar activamente y en la medida de nuestras posibilidades en las diversas soluciones parciales que puedan beneficiar al anciano, *hoy*. Este cambio de actitud debe comenzar en el núcleo familiar, puesto que es allí donde se plantea primariamente el problema del anciano. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud al considerar que la mayoría de países apenas pueden soportar la carga de asistencia a los ancianos (aunque hasta ahora sólo se han tenido que ocupar de un pequeño número de ellos) se dirigen a la difusión de los principios sumamente importantes: que mientras sea posible, *las personas de edad avanzada han de permanecer en su propio hogar* (recibiendo, cuando sea preciso, asistencia domiciliaria) y que, si la naturaleza del tratamiento exige *su alejamiento de la colectividad, se procurará que éste no dure más de lo estrictamente necesario*.

Pues bien, lo primero que hacemos con los ancianos es segregarlos de la vida familiar cuando éstos constituyen un estorbo o un obstáculo a la dinámica general.

La actividad excesivamente egoísta de la sociedad, ha sido denunciada por LECLERCO.

«Los viejos representan una carga material. Desde un punto de vista de la felicidad humana es sin duda bello poder envejecer en paz, y las investigaciones médicas por medio de las cuales se consigue una mayor longevidad no persiguen ningún provecho económico. En cierta manera se llegaría a una sociedad más eficaz, eliminando a los que no producen.»

Aunque abiertamente el género humano se horrorice ante el crudo planteamiento de una política capaz de tal eliminación, en el fondo este sentido utilitario sigue

pesando en los componentes activos y dinámicos de la sociedad, de forma que más o menos encubierto, mueve las acciones que se ejercen con el anciano y de hecho, realiza una discriminación y una segregación no declarada.

«En este sentido, dice LECLERCO, camina la organización social que pone en primer plano el ganar dinero. Todo lo que concierne al bien de los viejos está en el sentido contrario, pues los viejos cuestan y no producen.»

Una forma injusta de erradicación del anciano es recluirlo sistemáticamente en alguna Institución. Esta reclusión, para el anciano que no ha elegido voluntariamente alejarse del hogar, es causa grave que amenaza su equilibrio físico y psíquico (H. Kruk. Nouvelle Presse Medicale. 1974 n.º 32).

El informe n.º 171 de la O. M. S. sobre problemas del envejecimiento recomienda expresamente «que se procure sobre todo establecer unas condiciones que permitan a los ancianos seguir viviendo en el seno de sus familias y conservar sus vínculos con la colectividad, para lo cual habrá que ampliar los servicios domiciliarios y aumentar los hospitales diurnos en muchos lugares. Con esta cooperación entre las familias de los ancianos y los servicios sanitarios, se puede evitar el internamiento permanente de muchos enfermos.»

En el mismo sentido se ha expresado recientemente en una carta pastoral el cardenal Bueno Monreal «buscar soluciones apropiadas a las necesidades de nuestros ancianos de forma que, evitando móviles egoístas, se salven tanto la dignidad como el cariño que merecen las generaciones mayores».

Coinciden totalmente en un mismo objetivo, la ayuda más humanizada posible al anciano. Y coinciden todavía más en la necesidad de que esta ayuda se realice con la superación de los egoísmos particulares.

Bien está, y todos debemos luchar para conseguirlo, que la administración pública soporte las lógicas cargas económicas que comporta la atención de los necesitados. Hemos de obtener los medios necesarios para dotar con suficientes instituciones a nuestros ancianos, destinando a ello la parte justa de la renta nacional. Pero, paralelamente a la acción oficial, debemos por nuestra parte comprometernos haciendo aportación de algo más tangible, eficaz e inmediato que nuestros ancianos deben recibir, y no en función de una caritativa beneficencia, sino «como pleno derecho de quienes se han hecho acreedores a ello, contribuyendo con el esfuerzo de toda su vida a nuestro bienestar presente» (Profesor SLEESWIJK).

Hay soluciones eficaces que no comportan grandes inversiones de dinero. «El Hospital de Día tiene la inmensa ventaja de evitar la ruptura del contacto entre el anciano y sus familiares, que muchas veces no desean otra cosa que seguir cuidándole a condición de poder estar libres la mayor parte del día» (O. M. S.).

ENRIQUE GARCÍA RÍO

EL ENFERMO SIGNO SACRAMENTAL DE CRISTO

EL ENFERMO Y SU SITUACIÓN

Se puede afirmar paradójicamente que existe el enfermo y no la enfermedad. Las alteraciones, las disfunciones orgánicas, los fenómenos de carácter endocrino y los desequilibrios psíquicos están en el hombre, que sufre totalmente en su ser sus dolorosos reflejos. Esta realidad, que concierne principalmente al enfermo, alcanza también aunque de modo distinto a su familia, al ambiente en el cual se desenvuelve y, bajo ciertos aspectos, a toda la sociedad.

El hombre que busca realizarse y resolver de un modo autónomo todos sus problemas siente, sobre todo cuando es atacado por la enfermedad, la necesidad profunda de ser comprendido y ayudado para superar su situación. Esta ayuda y esta comprensión, por lo menos como afirmación teórico-legal, le son reconocidas como un derecho al cual puede recurrir sin tener la impresión de tenerlas que mendigar. El reconocimiento de este derecho no constituye por sí mismo capacidad de amar y disponibilidad de servicio, y a menudo aquel que puede reivindicarlo, a su vez y en ciertos casos, no obstante las experiencias habidas, nunca o casi nunca lo ha ofrecido a sus semejantes.

Sin embargo, una sociedad civilizada y progresiva no debería ni llamarse ni ser tal, si no asumiera estas obligaciones y no ofreciera medios y servicios para aquellos de sus miembros que necesitan asistencia y cuidados. Las motivaciones generales que la conducen a obrar son principalmente de carácter económico y de eficiencia; el enfermo no rinde, el enfermo es muy gravoso. Por ello es necesario prever y garantizar, en las varias situaciones de la vida, aquellas condiciones que pueden promover el bienestar de cada ciudadano: previsiones y asistencia para la prenatalidad y la natalidad, organización eficiente para la higiene y la salvaguardia de la salud, prevención de los accidentes en el campo laboral, acción de recuperación y reactivación. Y en caso de enfermedad, intervenciones urgentes y adecuadas para reducir el período de cama y el coste de la asistencia médico-farmacéutica.

Por lo que se refiere a las largas enfermedades, los ancianos, los minusválidos irrecuperables, el razonamiento legal parece caracterizado por una mayor humanidad. La reevaluación del papel de la familia, la apertura hacia una cierta forma de asistencia a domicilio, la tendencia a desinstitucionalizar los lugares de cura por formas de acogida más familiar, revelan la

toma de conciencia de la exigencia de humanizar estas prestaciones y servicios. La repetición, hasta el límite del aburrimiento, del deber de humanizar la asistencia, es la demostración más clara de que se está lejos, no tan sólo el ideal, sino también de aquella situación que se podría llamar tolerable. La acusación dirigida contra la sociedad (olvidando que esta es la colectividad de los individuos, aunque no sólo esto) puede ser dirigida a los mismos individuos. Es muy fácil protestar y quejarse, pero el hecho es que la ausencia de personas allegadas y amigas en la vida del enfermo es casi constante. El que ha tenido necesidad de hospitalizarse y de recibir asistencia hospitalaria olvida fácilmente aquel episodio de su vida al que no desea retornar, porque es para él una inaceptable y desagradable desgracia que no espera tener que repetir. Y sin embargo, lo que un día fue dicho para él con un sentido de compasión: «un pobre enfermo!...» lo repite para los demás, puestos en la misma condición agotando con este tipo de expresión convencional todo su interés. También la situación de los hospitales, por lo general lejos del centro de la ciudad, podría ser interpretada como expresión de falta de interés y de despreocupación, aunque en principio parece estar inspirado por motivaciones de carácter higiénico o exigencias del espacio. Quizás también esto hace que el hospital constituya un mundo aparte, semejante en algunos aspectos al convento, al cuartel e incluso a la cárcel. El enfermo, cuando no puede ser curado en familia, y esto ocurre cuando se está verdaderamente enfermo, es llevado al hospital y confiado al personal adscrito a los distintos servicios. No nos referimos a las personas que asisten mejor o peor, más o menos con interés y con distinto sentido de participación, solamente queremos hacer observar que este personal forma parte de una organización, y está sujeto a unas estructuras de las cuales es muy difícil librarse para hacer más aceptable y humano su servicio. Los lugares de permanencia, la organización de las curas y de los servicios que impiden una discreción y un mínimo de «privación del enfermo», los horarios del despertar de la terapia, de las comidas, hasta los muebles y enseres son motivos de verdadera deshumanización. También la relación con los familiares y visitantes se hace difícil, justificando así ausencias y desinterés.

Igual situación condiciona la relación entre médico y enfermo, a menudo desconocedor de sus verdaderas condiciones de salud, de la terapia aplicada, de las inves-

tigaciones clínicas y de las fases más o menos satisfactorias del transcurso de su enfermedad. Este estado de cosas por cierto no facilita al personal de servicio la consideración de la persona del enfermo, que se convierte en caso clínico (cuando la enfermedad es importante) y más fácilmente en número y objeto.

Hay que preguntarse ¿es posible una visión del enfermo auténticamente humana lejos de la luz del Evangelio y un servicio personalizado que no esté inspirado por la fe? En palabras más sencillas: ¿se puede construir lo verdaderamente humano sin la aportación cristiana y esto sin incluir lo humano? Las dos realidades no se pueden distinguir en dos espacios diferentes, uno añadido o sobrepuesto al otro sino interpuesto de tal forma que el perfecto sentido humano puede únicamente, e incluso inconscientemente, ser cristiano. Por otra parte, la plenitud humana será siempre completa y superada por la realidad cristiana.

SENSIBILIDAD SOCIAL Y PARTICIPACIÓN PERSONAL

Humanización de la asistencia parece la palabra programática y casi la moda de nuestro tiempo; las estructuras de las que antes hemos hablado brevemente, han llamado urgentemente la atención sobre la realidad de una situación inaceptable e intolerable. Es el organizado en la sociedad que, creando unas estructuras a menudo válidas al principio, se va convirtiendo sucesivamente en su esclavo. Esta afirmación se refiere a todas las estructuras incluidas también las religiosas. Este análisis juzgado quizás como excesivo por quien no profesa nuestros principios de fe contiene, sin embargo, tanta parte de verdad, que merece toda nuestra consideración, aunque no sea la explicación última y definitiva de tantas situaciones equivocadas y también aunque en el clima de contestación que estamos viviendo hayan sido modificados algunos de los valores esenciales que en dichas estructuras se manifestaban.

Esta reflexión sociológica conduce necesariamente a pensar que el hombre debe ser centro y el fin de todo tipo de actividad y de organización, para que nuestra sociedad pueda llamarse humana, y humanizante la obra del hombre. La desconfianza típica de nuestro tiempo especialmente en las generaciones más jóvenes y en los hombres más abiertos hacia todas las iniciativas que no se propongan cambiar y renovar las estructuras, nace de la convicción de que nada se puede conseguir si no es con estas condiciones, y que todas las verdades y los principios, incluso los más altamente evangélicos, corren el riesgo de desvanecerse si no se actúa con este sentido concreto. La responsabilidad especialmente de aquellos que en la sociedad cristiana disponen de las posibilidades y de las cátedras más calificadas para anunciar las palabras más verdaderas pronunciadas sobre la tierra, es tanto más grave cuanto

más exponen a aquella palabra, no sólo a quedar inutilizada, sino a convertirse quizás en medio de consentimiento e instrumento de dominio. Este razonamiento estructural ciertamente verdadero no es sin embargo completo, y exige la aportación de otros valores y la realización de otras presencias indispensables para que también la acción humanizante alcance su plenitud. Este tipo de sensibilidad, de carácter preponderadamente social, que ha hecho posible la toma de conciencia de la injusticia contenida en las estructuras, es un valor de auténtico contenido humano. Sin embargo, esta dimensión social de la sensibilidad debe ser completa también por aspectos más típicamente personales.

Cada operador sanitario, en efecto, está llamado a encontrarse personalmente con el enfermo y es evidente que, en esta relación, entran en juego elementos de comprensión y de participación que no puede dejar de herir a la más profunda y auténtica sensibilidad humana. El mismo Señor, que había demostrado su amor por el hombre en la Antigua Alianza, para hacerlo más comprensible y casi palpable, quiso amarnos con un corazón de hombre enviando a Su Hijo hecho hombre para nosotros. Y Cristo nos amó con un amor misericordioso, compartiendo todos nuestros achaques, excepto el pecado. Presentando a Cristo como Modelo de aceptación y de comprensión de cada hombre, especialmente del más débil y del más rechazado, aparece claro que la sensibilidad de que se habla no es puramente psicológica, sino de contenido más profundo.

Esta es la base para todo razonamiento que quiera significar un servicio válido en el mundo del sufrimiento. Sin embargo, esta disponibilidad inicial, que el tiempo y el ejercicio concreto del servicio tiendan a amortiguar e incluso corren el riesgo de matar, por nuestra desconcertante capacidad de acostumbrarnos a todas las situaciones, debe ser objeto de constante compromiso, de nueva sensibilización, de profundización, de desarrollo, para la aportación de nuevas y más auténticas motivaciones. Así haremos realidad aquel hombre misericordioso descrito por Cristo como el Buen Samaritano, quizás la más verdadera imagen de Sí Mismo.

Generalmente, aquellos que encaminan sus actividades al servicio del enfermo parten de esta inicial disponibilidad, pero no se dan cuenta de su contenido extremadamente frágil y tan sujeto a rápidos deterioros. Hoy que se habla continuamente de mejorar y profundizar las relaciones humanas, no deberíamos olvidar que su fundamento está en la capacidad radical de sentir, de comprender, de participar en la suerte del otro. Y en el campo de la enfermedad, donde la expresión humana debería alcanzar su apogeo, no debiendo intervenir otros intereses, por lo menos en relación al enfermo como tal, este valor debería ser comúnmente reconocido como presupuesto para cualquier iniciativa de elección y de consiguiente servicio. Esta cualidad de la persona, así como todo lo que forma la riqueza de su humanidad

es siempre una realidad coexistente. Sus componentes son delicados y complejos y, quizás por ello, no sólo son mirados con una justa y debida prudencia, sino que incluso son a menudo rechazados y condenados y a veces en el mejor de los casos considerados como sospechosos y extremada desconfianza. Pero precisamente esta sensibilidad en su contenido deforme y de difícil comprobación es la primera materia de esa obra maestra que, plasmada y animada por un ideal humano y cristiano, debe alcanzar las cimas de aquella caridad con la que Dios nos amó en Cristo. De aquí nace la necesidad de que nuestra sensibilidad humana sea iluminada, sostenida y constantemente alimentada por una visión del hermano enfermo que nos haga capaces de ver en él a un signo sacramental de Cristo.

EL ENFERMO SIGNO SACRAMENTAL DE CRISTO

No está de más subrayar nuevamente que hablamos del enfermo y no de la enfermedad, porque sólo esta perspectiva concreta puede suscitar aquel dinamismo capaz de crear un auténtico servicio. El enfermo generalmente, se preocupa sólo por su enfermedad, pero el que le asiste no puede considerar únicamente este aspecto, debiendo tener presente a la persona humana herida en su espíritu además de su cuerpo; visión que debe abarcar los valores cristianos que hay en todo hombre enfermo, aunque este no esté iluminado por la fe, y no se dé cuenta de ello. Sólo con estas condiciones lo que diremos tiene su justificación y su razón de ser. El título del artículo quiere ser aquí justificado, explicando cuanto se afirma, llamando al enfermo signo sacramental de Cristo.

Hablamos de signo sacramental y no de sacramento, porque esta expresión es mucho más extensiva y no exige la presencia perfecta de todos aquellos elementos propios de los siete Sacramentos por excelencia. Creemos inspirados al obrar así en el Concilio Ecuménico Vaticano II que al definir a la Iglesia Sacramento Universal de Salvación amplió enormemente la panorámica de las realidades sacramentales. En efecto, como familia de Dios y sus miembros en las varias y misteriosas tareas a ellos confiadas en el Cuerpo Místico, es el misterioso Sacramento de Cristo como Cristo a su vez es el Sacramento del Padre.

Una profundización sobre algunos contenidos de la realidad sacramental nos puede ser útil para una comprensión más verdadera y cristiana del enfermo. Santo Tomás evidencia algunos elementos típicos del Sacramento, como memoria de un hecho perteneciente al orden de Cristo y por último realidad prefigurativa de la futura gloria.

Veamos ahora cómo estos elementos están presentes en la realidad del enfermo. Todas las enfermedades físicas o morales, pero sobre todo la muerte, son los estigmas más dolorosos y la manifestación más evidente

del pecado original, fuente permanente de todos los males presentes en el mundo. Es, pues, necesario ver la enfermedad bajo esta luz de la fe y entonces precisamente por esto, la misma se convierte en memoria perenne de aquella separación de Dios, plenitud de la vida y de gozo.

Pero Cristo asumió toda la importancia del pecado del mundo en sus causas y en sus consecuencias. Él vivió constantemente en la actitud de Reparador y de Recuperador de la vida haciendo de cada instante de su existencia, de cada manifestación de su persona, un ente redentor que halla en su muerte el punto culminante, abierto a la Resurrección y la Gloria. Y así, Cristo asumía de manera permanente toda la humanidad en su sufrimiento y en su dolor para poder hacer, de esta realidad, materia disponible de reparación y de vida a condición de la libre colaboración de la criatura que, por la Encarnación venía a ser su hija adoptiva. Así el dolor, el sufrimiento y la muerte adquieren una carta de gracia y de santificación no por sí mismos, sino a medida que se insertan en el misterio de Redención que, en el plano Misericordioso de Dios, coordina el sufrimiento con el gozo, la muerte con la recuperación de la vida.

El don profético que hace que el bautizado sea capaz de comprender los misterios de Dios, hace también posible el ejercicio de sacerdocio como un propio de cada fiel. Por ello los cristianos están llamados al culto espiritual para ofrecer sus cuerpos a Dios, como sacrificio viviente, Santo y que le es grato (Prom. 12.1). El culto espiritual que menciona el apóstol Pablo, es extensible a todas las realidades de la vida, pero se puede y se debe aplicar mayormente a aquellas situaciones en las cuales objetivamente el contenido de sufrimientos es más intenso y dominante. Y en general las enfermedades y la muerte que hacen de su vida una constante ofrenda sacrificativa a Dios, los momentos más graves y dramáticos.

El apóstol Pablo, encarcelado en espera de su martirio, expresaba así la actitud interior de su espíritu: «En cuanto a mí, mi sangre está a punto de ser vertida en libación y ha llegado el momento de soltar las velas» (2 Tim. 4, 6).

Su sangre será vertida *en libación* sobre su vida de víctima, ofrecida para testimonio de Cristo y por la santificación de la comunidad cristiana.

Esta actitud de ofrenda debería representar la meta ideal de todo cristiano. El sacerdocio común alcanzaría así una particular plenitud.

Respecto al ejercicio práctico del sacerdocio mismo, pienso que nadie podrá realizar mejor sus prerrogativas que aquellos que dedican su vida a la asistencia del enfermo y confortan las últimas horas de los moribundos ¡Que la Virgen María, que asistió y confortó a Aquél que tomó sobre sí las enfermedades de todos nosotros y la muerte, sea mediadora de gracia para cuantos sirven a los hermanos que sufren! Que ellos

puedan comprender la grandeza de su ministerio sagrado y cumplirlo con devoto amor.

Esta obligación sacerdotal, propia de todos los fieles, puede ser enriquecida por parte del Señor con algunos dones particulares. Las articulaciones del Cuerpo de Cristo, sus exigencias de vida y de desarrollo, son la causa de estas singulares manifestaciones del Espíritu. Los Apóstoles captaron su importancia y valiéndose de su poder, constituyeron en el seno de la jerarquía un servicio permanente: el diaconado. Así la Iglesia se convierte en *ágape* no solamente de culto y de testimonio de fe, sino también de aquel servicio de caridad sin el cual no le sería posible alcanzar su plenitud. Es cierto que los primeros Diáconos ejercieron también el oficio de Ministros de la Palabra, pero sin embargo es inequívoco el origen de su institución: el servicio de caridad. Por esto fue posible incluir también a las mujeres que, por lo menos entonces, no estaban autorizadas para anunciar oficialmente la Palabra. Esto nos parece suficiente para demostrar cómo el servicio de caridad tiene su Ministro Sagrado, exigido en todo signo sacramental.

La perspectiva escatológica es el último elemento que hay que tener presente para la realización plena de la realidad sacramental. Nos parece evidente que sólo una visión de la vida a la luz de la eternidad puede ofrecer motivaciones válidas y fuerza de constante compromiso para quien hace de su existencia completo don de sí mismo a los enfermos. Entonces el enfermo es verdaderamente el Cristo entre nosotros, y se hace más comprensible la palabra del Señor: «Estuve enfermo y me visitastesis... Cada vez que hicisteis estas cosas a uno de estos hermanos míos más pequeños, me lo hicisteis a Mí» (Mt. 25, 36, 40). La tarea de asistencia que en este punto parece justo llamar ministerio sagrado, no es fácil de llevar a cabo, sin embargo, ésta forma la dignidad más alta de quien, por vocación o quizás por disposición de la Providencia, se halla habitualmente en contacto y al servicio del hermano enfermo.

EL SERVICIO AL ENFERMO COMO CARISMA

El Concilio afirmó claramente la llamada de todo bautizado a la santidad y el carácter vocacional de su vida. Esta afirmación, además de su fundamento bíblico tiene también como base el común convencimiento de la individualidad humana que precisamente como a tal, no puede realizarse más que siguiendo su propio camino y valiéndose de sus propios dones. Además de esta vocación común la Iglesia reconoce vocaciones específicas y, entre estas, la vida consagrada. Con este don el individuo está en condiciones de realizar más plenamente las exigencias de su Bautismo, y la Iglesia, a su vez, encuentra en la vida consagrada una dádiva del Espíritu para su incremento y la constante renovación de la familia cristiana. La presencia de los varios

Institutos Religiosos es expresión de las diversas contribuciones de vida y de acción suscitadas por el Espíritu para la edificación de la comunidad cristiana. Los carismas más o menos numerosos concedidos a los varios Fundadores, una vez reconocidos y aprobados por la Iglesia, constituyen para ésta una dotación estable y permanente y por ello un manantial constante de vida. La presencia de los religiosos es misterio de gracia para toda la Iglesia, que aunque «no perteneciendo a su estructura jerárquica interesa, sin embargo, indiscutiblemente, a su vida y a su santidad» (Lumen gentium 44).

Nuestra reflexión se dirige particularmente a esa forma de vida consagrada que encuentra en el carisma de la caridad su razón de ser y de obrar en la Iglesia de Dios.

Esta específica vocación de servicio a todo tipo de enfermedad humana en los Institutos de vida consagrada pone en evidencia, por una parte, la existencia del carisma del Instituto, y por otra, el carisma de la persona que en aquel Instituto está llamada a realizarse plenamente. La afirmación de esta realidad debe hacer conocedora a la persona llamada por Dios del don que le ha sido concedido y de la importancia del carisma del Instituto, en el que ha sido llamada a cumplirlo plenamente.

El don recibido puede ser acogido o rechazado y la llamada al Instituto, a su vez, aceptada o rechazada. El hecho de formar parte en modo definitivo de una Institución que vive su carisma de caridad es una clara demostración de que ese don ha sido acogido y que la inserción se ha obrado. Esta realidad, jurídicamente incontestable, no siempre coincide, desgraciadamente, con la situación existencial de la persona, por no ser una misma cosa la aceptación y la realización, el compromiso contraído y la concreción del mismo. Esto es porque el don de Dios, excelente y lleno de carga vital es concedido no sólo para desempeñar el individuo, sino para su desarrollo y su crecimiento, siendo toda obra de la gracia un misterioso injerto de la voluntad de Dios con la voluntad humana, de la aportación de Dios y de la aportación humana, a fin de que el fruto sea de gloria para el que siembra y el que cultiva, aun siendo cierto que Dios es solamente el aliento.

El carisma ofrecido al individuo es don que compromete, es fuerza que invita y solicita la colaboración, es experiencia grata en el ejercicio de la caridad, capaz de conducir a percepciones más profundas y a sacrificios mayores, hasta realizar aquella experiencia mística que hace encontrar la propia felicidad en la total entrega de sí para Dios, visto y servido en los hermanos. Y este dinamismo, propio de la vida espiritual en general y de las específicas donaciones de gracia personales, debe ser constantemente tenido presente, para que la respuesta a la propia vocación de caridad sea constantemente renovada en el compromiso, alimentada a la luz de la Palabra de Dios, sostenida por la vida comu-

nitaria, nutrida por la realidad sacramental especialmente por aquel Sacramento que es fuente y plenitud del amor: la Eucaristía.

Claro está que el compromiso personal, orientado a menudo hacia el perfeccionamiento de la eficiencia técnico-científica y a un cierto conocimiento de los elementos de la psicología individual y social, no puede y no debe agotar la actividad de la persona consagrada al servicio del enfermo.

Una perspectiva puramente biológica, aunque esté enriquecida por conocimientos de psicología y sociología, no puede ser suficiente para realizar un tipo de presencia y de asistencia que pretenda adaptarse a una visión cristiana, y por ello más verdadera, del enfermo, y al concepto de vocación específica, que se funda en el don de un carisma personal. Esta situación ideal de la persona consagrada al enfermo en un Instituto a este fin presente en la Iglesia, no reviste un carácter de exclusividad. En efecto, un laico también puede tener este carisma sin pertenecer a una Institución de vida consagrada.

Y no es raro el caso de que una persona consagrada, que forma parte de una Institución abierta a varias formas de ministerio, sea destinada a actuar en el campo de la asistencia, aun reconociendo no sentir para ello una particular atracción. También a ella le puede ser concedida una efusión del Espíritu que llene esta carencia inicial: «si no eres llamado, haz de manera de serlo» (san Agustín). Sea cual sea la condición existencial de quien actúa en el campo de la asistencia, deberá siempre atenerse a esos modelos auténticos de caridad hacia los enfermos que son los Santos. Nuestra mentalidad, que rehúye las abstractas y retóricas razones y busca concreción y autenticidad, debería mayormente imitar a aquellos que la Iglesia presenta como ejemplares. Estos, que vivieron en tiempos distintos y en las más variadas condiciones de vida, demostraron cómo es posible hacer realidad el don de Dios en la existencia humana.

Además, para las personas consagradas, llamadas a realizar su propia donación en un Instituto religioso, es de suma importancia la valorización de esta dimensión de su vida. Por esto, la Iglesia pide hoy a las familias religiosas que profundicen su propio carisma, reestructurando aquellas normas (constituciones) que son revelación, defensa y potenciación del mismo para la vida de la misma Institución y de la Iglesia universal.

También es precisa esta acción por la necesidad de hacer actuar a ese don del Espíritu en las situaciones y circunstancias del mundo de hoy.

El Instituto en concreto está formado por las varias comunidades locales. Son estas las que, en la práctica, deben darse cuenta del *depósito* a ellas confiado, no solamente para custodiarlo sino para administrarlo sabiamente para común utilidad. Portadoras del don, son por ello llamadas a la «Manifestación del Espíritu» para y en la comunidad cristiana. En efecto, el carisma

tiene algo que supera a las comunes manifestaciones de vida, aunque no reviste siempre el carácter de extraordinario. La afirmación de Cristo: «...para que vean vuestras buenas obras y rindan gloria a vuestro Padre que está en los cielos» (Mt. 5, 16) asume en este caso un particular carácter de urgencia y de validez. Es efectivamente propio del carisma *relucir* y *brillar*, y para que esto ocurra no es preciso contar con el fenómeno milagroso, sino con aquella clara y constante manifestación del don de nosotros mismos con simplicidad y gozo que, actuando la exigencia del verdadero amor a Cristo, lo redescubre continuamente y le sirve fielmente en el pobre y el enfermo.

Una religiosa en su comunidad y la comunidad religiosa en la vida hospitalaria no pueden dejar de proponerse este modo de ser y de obrar que las hacen, en su ambiente, ministras y reveladoras de la infinita caridad de Cristo. Por esto, en muchas ocasiones, las monjas enfermeras han sido llamadas las «enviadas de la Iglesia», ...«su corazón y sus manos» por el mundo del sufrimiento. Es alrededor de esta luz, convertida en llamada, donde se moverán los hermanos en la fe, puestos también al servicio de los enfermos. Es así como se podrá animar este tipo de actividad, que a pesar de ser tan noble en sí misma, congenia tan poco con el ansia de disfrutar de la vida y las comodidades y el egoísmo de nuestra naturaleza. También el problema vocacional tendría así una respuesta más justa y verdadera, como fenómeno realizado no por casualidad sino como realidad generadora y expansión vital del propio ser de consagrados al servicio de la caridad.

Esto vale también para las exigencias del llamado *aggiornamento* o puesta al día. Es realmente fácil introducir, al abrigo de este nombre, falsas exigencias de libertad, formas de comodidad y de afirmación de sí mismos, modos de inserción en la realidad completamente extraños a la mentalidad del Señor. Nada es más eficaz para una justa revisión de vida que el retorno al Evangelio y la comparación con el pensamiento y los ejemplos del Fundador y de cuantos, en el curso de vida del Instituto, revivieron más profundamente su espíritu.

Y sobre todo, realizar el carisma de la caridad: catalizar y difundir energías de amor y de servicio en la comunidad cristiana. La actual exigencia de la Iglesia de presentarse al mundo no sólo como comunidad de fe y de culto sino sobre todo como comunidad de amor fraterno, debe ser motivo de continuo estímulo y sufrido compromiso, persuadidos de la verdad de las palabras de Cristo: «Con esto todos sabrán que sois mis discípulos, si os tenéis amor los unos a los otros» (In. 13, 35).

P. A. RUTILI, M. I.
Religiose Ospedaliere

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH
Jefe del equipo de traductores de Voluntarios
de San Juan de Dios

EL PROBLEMA MORAL DEL ABORTO

IMPORTANCIA DEL TEMA

La importancia y gravedad del tema obliga al estudio de problemas éticos a afrontar la cuestión del aborto con seriedad y libertad interior, sin dejarse impresionar por la ingente propaganda que existe en este campo. Dividiremos nuestras reflexiones en dos partes. En la primera afrontaremos el problema *ético* del aborto, y en la segunda el problema *ético-político*.

EL PROBLEMA ÉTICO DEL ABORTO

Para el moralista, el aborto consiste en provocar la expulsión del embrión o feto del útero de la mujer cuando no es aún *viabile*.

Desde el punto de vista ético, ¿cómo se debe juzgar este acto? Para poder responder adecuadamente a esta pregunta, es necesario responder antes a otra: sin esta respuesta previa, todo el razonamiento subsiguiente aparecería sin justificación. Y la pregunta es ésta: ¿qué es el fruto de la concepción humana, resultado de la unión de un gameto masculino con un gameto femenino? Sobre esta cuestión la ciencia da hoy una respuesta unánime. El producto de la concepción, genéticamente único e irreplicable, está dotado de una *propia* dignidad humana. Ante todo porque pertenece a la especie humana y porque se encuentra plenamente *individualizado* con su propio proceso de desarrollo autónomo, ya desde sus estadios iniciales. Desde un punto de vista científico, ya no tiene por tanto sentido considerar el embrión como *apéndice* de la madre («el vientre es mío»), como no tiene sentido seguir sosteniendo que el sol gira y la tierra está inmóvil.

Después de estas observaciones, el razonamiento ético sobre el aborto podría darse por concluido. Si el embrión es ya desde el primer momento un individuo humano, su supresión no puede asumir más forma que la de *homicidio*: el aborto es un homicidio.

Sin embargo, a esta lógica conclusión se han hecho objeciones que merece la pena discutir. Fundamental y principalmente, se reducen a tres.

a) La primera se basa esencialmente en la distinción entre procreación deseada y procreación no deseada

y, por tanto, entre hijo aceptado e hijo no aceptado¹. Podría mantenerse —al menos en algunos casos— y contra un embarazo no deseado, la libre y responsable voluntad de no procrear. Pensar lo contrario sería admitir que un hecho biológico que no ha recibido aún de libertad ni de voluntad alguna, ningún tipo de reconocimiento humano ni de aceptación, y que por tanto no posee en sí mismo sentido alguno, podría prevalecer sobre un derecho, sobre un acto de voluntad razonado, sobre un ejercicio de la libertad sensato y fundamentado². Por lo tanto, al menos en este caso, la ejecución del aborto no podría ser ya calificada como homicidio. Este razonamiento parece convincente en un contexto de idealismo absoluto, en el que sólo el hombre es creador absoluto de *sentido*.

Además de ser insostenible desde un punto de vista teológico y filosófico, esta posición va en contra de la experiencia cotidiana de todo hombre. De hecho, ésta nos enseña continuamente que la libertad humana no es absoluta, ya que se encuentra a cada momento con *hechos* de los que no puede prescindir, sino que debe aceptar e integrar dentro de su proyecto de vida.

Además, y sobre todo, ¿es realmente cierto que la concepción es un puro *hecho* biológico privado de sentido? Su naturaleza *humana* lo sitúa ya, como tal, en la esfera de sujetos de derecho, dotados a su vez de dignidad. Respecto a él, es la voluntad de no-aceptación la que se convierte en un puro hecho, privado de sentido y del derecho de existir.

b) La segunda objeción niega precisamente esta dignidad humana al embrión, distinguiendo entre *vida humana* y *vida humanizada*: sólo la segunda sería digna de un absoluto respeto.

Esta distinción es insostenible al menos desde dos puntos de vista. Ante todo porque niega una característica esencial del ser humano, su historicidad. Ser hombre significa en concreto humanizarse. Establecer

¹ Cfr. B. Quelqueje (1972). *La volonté de procréer. Réflexion philosophique*, Lumière et vie, 21, n. 119, pp. 51-71. Todo este número está dedicado al aborto. En la misma perspectiva están los *dossiers* publicados en la revista *Etudes* (noviembre 1970, págs. 477-532; enero 1973, págs. 53-84; abril 1973, págs. 499-534).

² B. Quelqueje, art. cit., pág. 66.

un umbral más allá del cual no es sólo hombre, sino hombre humanizado, es imposible, precisamente porque en el momento mismo en que se es hombre comienza un proceso de humanización. Esto sucede desde el comienzo y cesa únicamente con la muerte.

A menos que, como ya se ha hecho, se individúe este umbral en la aceptación por parte de los demás del nuevo ser humano³. Pero esto lleva a consecuencias sencillamente demenciales: el derecho del hombre a la existencia dependería de la generosidad de los demás. En segundo lugar, esta distinción es insostenible en cuanto que parte de una separación y dualismo entre lo *biológico* y lo *propriadamente humano* en el hombre. El hombre es una unidad sustancial, espíritu encarnado o carne espiritualizada: el hombre no *tiene* un *bios* o un cuerpo, sino que es también esencialmente un *bios*, un cuerpo; la esencia del hombre es la *compositio* de espíritu y cuerpo⁴.

c) La tercera objeción nace de la comprobación de que, aun admitiendo el valor humano del ser concebido, no se ve por qué éste tenga que prevalecer siempre y en todos los casos sobre el correspondiente derecho de la madre, en una situación de conflicto. Es el caso del *aborto terapéutico*.

Este punto merece una atención particular ya que en torno a él se está produciendo una confusión extrema, y frecuentemente a través de esta figura se introduce de hecho el aborto sin más, en todos los casos.

Comencemos por definir rigurosamente los conceptos y los términos. Por aborto terapéutico *en sentido estricto* se entiende la supresión del estado de gravidez, realizado mediante la evacuación del contenido del útero, que es producto de la concepción: algo que vive en el momento en que se cumple este acto, pero que es incapaz de sobrevivir fuera del seno materno dada su inmadurez; esta supresión está intencionalmente dirigida a salvaguardar *la vida* de la madre. Este concepto, sin embargo, ha sufrido actualmente una sustancial extensión, en cuanto que hoy se define también aborto

terapéutico la supresión del feto intencionalmente efectuada para salvaguardar la *salud* de la madre. Hay que hacer notar que esa extensión se produce bajo el signo de un concepto que no define ya la salud solamente en términos de ausencia actual de enfermedad aguda o crónica, sino «como estado de completo bienestar físico, psíquico y emocional», según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud.

¿Qué juicio moral se debe dar sobre esta forma de aborto? Comencemos por el aborto terapéutico en el sentido riguroso y clásico del término.

Si atendemos a su definición resulta claramente que la calificación de *terapéutico* no cambia en modo alguno su naturaleza convirtiéndolo en un aborto específicamente distinto de los demás: este tipo de aborto consiste en un *homicidio* intencional y directamente buscado. Lo que lo diferencia es *únicamente su finalidad*: salvar la vida de la madre. Pero el fin bueno de una acción intrínsecamente mala no puede jamás, en ningún caso, convertirla en buena. No se puede nunca hacer el mal, ni siquiera por un fin bueno: decir lo contrario equivale, sencillamente, a destruir toda moralidad. Se sigue de ahí que tampoco la preservación de la vida de la madre puede justificar el asesinato del feto o embrión, acción —como todo homicidio— grave e intrínsecamente ilícita.

Se objetará que todas las demás medidas terapéuticas, con excepción del aborto procurado, no son aptas para defender la vida de la madre. Pero toda persona —también el médico—, para salvar la propia vida y la de los demás, puede y debe emplear solamente medios intrínsecamente lícitos y no cualquier medio prescindiendo de su naturaleza moral. Por tanto si en un determinado momento de su historia, la medicina no ofrece medios terapéuticamente eficaces, esta situación, por una parte, no permite al médico recurrir a medios que son terapéuticamente eficaces pero moralmente ilícitos, y, por otra, él no tiene por qué reprocharse de nada puesto que ha hecho todo lo que era *lícitamente* posible.

Estamos ante un principio fundamental de toda deontología médica, y no sólo cristiana: para salvar una vida, el médico no está obligado a utilizar *todos* los medios posibles, sino sólo aquellos que el estado actual de la ciencia le ofrece y que no comportan la violación de una ley moral. Nadie puede exigirle más, ni siquiera la autoridad política, sencillamente porque nadie está obligado a hacer el mal ni debe hacerlo, y ninguna autoridad puede obligarle a ello. De ahí que la negativa del médico a recurrir al aborto para salvar la vida de la madre no puede calificarse como homicidio de aquella, ya que no puede ser considerado tal el recurso a intervenciones, que son terapéuticamente ineficaces, pero las únicas *lícitas*, mientras que la práctica del aborto constituye sin duda alguna el asesinato de una vida humana.

No tiene sentido, por eso, acusar a la doctrina cris-

³ En ese sentido, P. Beirnaert, *L'avortement est-il un infanticide?*, en *Etudes*, cit., pág. 520: «La problemática objetivista que trata el fruto de la concepción como un en-sí, corresponde a lo que se puede esperar de una reflexión que no tiene en cuenta lo que la epistemología ha puesto en evidencia sobre participación de las culturas y del cognoscente en la misma constitución de todo objeto de razonamiento». Una vez más estamos ante una aceptación acrítica de un idealismo absoluto que sin más se considera como postulado de toda reflexión. Este idealismo, si se le quiere sostener coherentemente, tiene que llevar al ateísmo: lo que, por lo demás, ha demostrado ampliamente la filosofía moderna que de él ha surgido. No puede menos que asombrar que haya teólogos que puedan aceptar una perspectiva como ésta, sin darse cuenta de lo que comporta. ¿Es falta de sentido crítico, incoherencia intelectual o un oscurecerse de la fe en la creación de cada persona humana por parte de Dios?

⁴ Esta unidad había sido ya defendida con gran fuerza por santo Tomás, contra las corrientes platónico-agustinianas de su tiempo, como la concepción antropológica filosóficamente mejor fundada y la más conforme a la fe cristiana.

tiana de privilegiar siempre de un modo injusto la vida del feto o del embrión frente a la vida de la madre. El problema no es saber qué vida humana merezca más respeto: para una conciencia recta este problema ni siquiera se plantea, dado que cada hombre es de un valor intangible; el problema está en saber qué puede hacer *licitamente* el médico en esta situación, para resolverla: y matar una vida humana, aunque esté recién concebida, no es nunca lícito, en absoluto y por ningún motivo.

Por otro lado, el progreso científico ha casi eliminado el aborto terapéutico, y su concepto ha desaparecido de los criterios asistenciales modernos⁵. Esta situación nos lleva a hacer algunas reflexiones. Querer cambiar radicalmente el ordenamiento jurídico del aborto —radicalmente en cuanto que éste dejaría de ser considerado un delito— sobre la base de los llamados «conflictos de dos vidas» o «casos límite, que mueven a la compasión» es insostenible. No sólo por los motivos generales que expondremos en la segunda parte de este estudio, sino también por el hecho de que la producción de una norma jurídica no se hace nunca sobre la base de supuestos casi inexistentes, sino sobre lo que sucede habitualmente. Al llegar a este punto, surge la fundada sospecha de que este recurso al «caso límite» es una especie de caballo de Troya a través del cual se pueda introducir en el ordenamiento jurídico y en las costumbres sociales proyectos y valores *muy diferentes*.

En efecto, una vez que se establece una excepción, *aunque sólo sea en un caso*, al principio de la intrínseca maldad del homicidio, y por tanto al valor de la vida humana, este valor queda *totalmente* destruido, y no sólo en aquel caso; pues es indudable que, por su no sujeción a condiciones, existen valores que exigen no un respeto cualquiera, sino un respeto absoluto y sin excepción alguna, so pena de su desaparición total de la conciencia humana. Luego la orientación justa es que

⁵ Los progresos realizados por la Medicina en los últimos decenios permiten de ordinario salvaguardar la vida y la salud de la madre sin suprimir el feto. Se requiere, naturalmente, emplear todos los medios terapéuticos existentes. Para dar una idea de los progresos a los que me he referido; transcribiré del texto que he usado hace 40 años, cuando era estudiante, para la preparación del examen de obstetricia, las indicaciones que entonces se consideraban válidas para practicar el aborto terapéutico: la tuberculosis pulmonar, las cardiopatías, la anemia perniciosa, el bocio inflamado, la poliartritis aguda, el vómito incoercible, la osteomalacia, las nefropatías, y algunas más. Hoy estas enfermedades han desaparecido o son curables, y sería ilógico por tanto recurrir al aborto. En algunas cardiopatías, por poner un ejemplo, mientras la intervención sobre el corazón cura a la madre y respeta el derecho a la vida del hijo, la interrupción del embarazo mata al hijo y deja a la madre enferma.

Cfr. Prof. Franco Creinz en *L'Osservatore Romano*, 19 marzo 1976.

Cfr., también Prof. A. Bompiani: *Indicazioni all'aborto terapeutico: stato attuale del problema*, en «Medicina e Morale», 1974/2, págs. 250-275, especialmente pág. 272; Dott. Luigi D'Incerti Bonini, en *Il Giornale Nuovo*, 20 febrero 1975.

el aborto —también el terapéutico— se continúe considerando delito, dejando posteriormente al magistrado que aprecie, caso por caso, el grado de responsabilidad de quien ha tomado parte en el hecho delictuoso.

Pasemos ahora a la consideración del aborto terapéutico en sentido amplio. Este aparece aún más claramente insostenible desde el punto de vista ético. En primer lugar, los dos valores en conflicto en este caso son la *vida* de una persona humana y la *salud* de otra. Ahora bien, la conciencia recta exige que se salve el valor que es objetivamente superior: y es indudable que no existe un valor más fundamental que el de la vida de una persona humana. En segundo lugar, un tal concepto de aborto terapéutico es extremadamente peligroso, porque es extensible *sine limite*. A esto hay que añadir que ampliando, como hoy se viene haciendo, la importancia que se concede a la salud de la mujer y calculando también la posibilidad de que el embarazo pueda agravar con el tiempo su salud hasta ponerla, hipotéticamente y con mayor o menor probabilidad, en condiciones de desequilibrio, el aborto acaba siendo considerado plenamente legítimo acudiendo casi siempre al concepto terapéutico, incluso cuando no existen aún en la madre condiciones de descompensación o motivos de urgencia. Por este camino, bajo el engañoso término de aborto terapéutico, el aborto se convertirá, sin ambages, en un procedimiento *preventivo*.

A estas alturas, la sospecha de que se trate de un caballo de Troya aparece plenamente fundada. Dada la falta de referencias claras cuando se habla de la salud «física, psíquica, emocional» de la madre, la expresión «aborto terapéutico», mientras *parece* referirse tan sólo a casos bien precisos y limitados (así viene comúnmente entendido especialmente por la gente más sencilla y falta de preparación), *de hecho* termina introduciendo la *total* liberalización del aborto.

Nos encontramos ante un auténtico engaño que nuestra conciencia nos obliga a desenmascarar: se usa el mismo lenguaje y los mismos términos dándoles *dos* significados según el lugar y el público de que se trate. Al dirigirse a la comunidad se emplea el término *aborto terapéutico* en su sentido estricto (los «casos trágicos»: o la vida de la madre o la del niño), proponiendo una aplicación bastante restringida para lograr que se apruebe la nueva normativa jurídica; pero en ésta se introduce un concepto de aborto terapéutico que *de hecho* no admite ya límite alguno.

La consideración de estas tres objeciones nos ha llevado siempre al valor de fondo. El sujeto humano es un valor absoluto que merece un infinito respeto. Es un valor incondicionado y último respecto del cual cualquier otro valor se convierte en condicionado, penúltimo e instrumental.

A esta conclusión puede llegar y llega de hecho la razón humana: en sí mismo no se trata de un valor propiamente cristiano, sino simplemente humano. Sin embargo, también en este caso la fe viene a confirmar

lo que ya ha comprendido la recta razón, aportándole nuevas luces.

En efecto, Dios se ha revelado en Cristo como Dios que salva al hombre. A la luz de esta Revelación, todo hombre adquiere un nuevo e imprevisible título de dignidad: cada hombre es objeto del inefable amor de Dios que le ha llevado a hacerse hombre y a morir por él, hasta el punto de que un Padre de la Iglesia llega a decir que la Gloria de Dios consiste en el hecho de que el hombre viva (*gloria Dei vivens homo*)⁶. Pero este amor divino, sin excluir a nadie, ha manifestado claramente algunas preferencias: por los más pobres, los más débiles, los más marginados, los menos aceptados por la sociedad.

El creyente, en su fe, encuentra a *este* Dios, lo experimenta, queda inmerso en Él. Y así, mediante el don del Espíritu, el cristiano participa del mismo amor de Dios.

El cristiano es entonces el hombre que *es* a favor del hombre, y de modo particular, a favor del más débil; el cristiano acoge y promueve toda existencia humana, especialmente la más expuesta y la más frágil. ¿Quién más débil, más indefenso, más frágil que un hombre aún no nacido? Por este motivo la comunidad cristiana ha visto desde siempre en el aborto una de las más graves traiciones a la fe cristiana.

EL PROBLEMA ÉTICO-POLÍTICO DEL ABORTO

Si el aborto es gravemente ilícito desde el punto de vista ético, ¿podrá la comunidad política permitirlo en algunos casos mediante una ley (legislación), o por la mera petición de la mujer (liberalización)? En este segundo momento de nuestra reflexión trataremos de responder a esta pregunta.

Antes que nada, una observación preliminar. Existe una distinción entre moralidad y legalidad, por la cual algo ilícito moralmente no es necesariamente ilícito jurídicamente. Ni al revés, puesto que el Estado no está obligado a transcribir en sus códigos toda la ley moral: al olvidar esta distinción sucede lo que ocurre al aproximar los dos polos de la energía eléctrica: ambos arden. Hemos hablado de *distinción* y no de *separación*. La legalidad encuentra en efecto su fundamento último en la moralidad, en cuanto que sin esta fundamentación el derecho sería sencillamente *impensable*, porque quedaría reducido a pura relación de fuerza o expresiones genéricas de una voluntad meramente utilitaria. Además existen *zonas* de la conducta humana en las que el derecho *debe* transcribir, a su modo, la ley moral: son aquellos valores sin los cuales la sociedad humana no puede sostenerse⁷.

⁶ S. Ireneo, *Adv. haer.* IV, 20, 7. Ed. S. Ch. 100, 649.

⁷ Con su habitual lucidez, santo Tomás escribe: «La ley humana no prohíbe todos los vicios, sino sólo los más graves... y sobre todo los que dañan a los demás, sin cuya prohibición la sociedad humana no puede conservarse» (1, 2, 9, 96, a. 2).

¿Es este el caso del aborto? Desde el punto de vista ético-político, se trata de saber si la persona humana posee derechos inviolables ante el Estado *antes* de que el Estado mismo los reconozca, o bien si sólo el Estado debe ser considerado como última fuente de los derechos del hombre. La elección entre democracia y totalitarismo se identifica con la respuesta que demos a esta pregunta. En efecto, la democracia se basa sobre el presupuesto fundamental de que la persona goza de una dignidad propia que es anterior al Estado; el totalitarismo, por el contrario, se basa en el presupuesto de que la persona individual no posee ningún valor fuera de la sociedad⁸. La solución del problema ético-político del aborto coincide por eso mismo con la elección de un tipo de civilización con el modo mismo de *fundamentar* la convivencia humana.

Si, por tanto, la posición del Estado respecto a los derechos fundamentales de la persona humana no es la de quien les da su fundamento, su función será la de reconocerlos y promoverlos. El reconocimiento de esos derechos exige, como primera y fundamental decisión política, castigar a quien los viola, de tal modo que la primera obligación de un Estado democrático es considerar el aborto, en todos los casos un delito. No tiene ningún sentido el decir que el Estado reconoce el derecho fundamental de cada persona a la vida si, al mismo tiempo, en algunos casos, se abstiene de considerar delito la violación de ese derecho. En efecto, nos encontraremos ante el absurdo de un ordenamiento jurídico que castiga *siempre* hechos mucho más leves, y deja sin castigo una violación mucho más grave. Además, sin esta toma de posición inicial y fundamental, el uso social terminaría considerando de poco valor lo que el Estado permite a pesar de las posibles declaraciones de buenas intenciones.

Con todo, la reflexión ético-política nos debe llevar también a distinguir el *delito* de aborto de la *responsabilidad* penal de quien lo comete. Existen circunstancias que pueden atenuar o aumentar esta responsabilidad. Aunque, en materia tan grave, estas causas deben ser rigurosamente determinadas por la ley, es tarea del juez determinar en cada caso la efectiva responsabilidad penal del individuo. Esos dos momentos deben ser considerados como distintos, y separadamente. No es misión del legislador producir normas jurídicas en base a situaciones particulares, sino según las exigencias del *bien común*; no es función del juez sustituir al legislador, sino acordar la norma general con las situaciones particulares. Una confusión entre estas dos funciones es desastrosa para la sociedad.

⁸ Como observa justamente S. Lener (en *Avvenire*, 11 de marzo 1975): «Desaparecida desde hace tiempo cualquier huella de esclavitud, equiparada la condición del extranjero con la del ciudadano en cuanto al goce de los derechos civiles, transformado profundamente el contenido y la esencia de los poderes familiares, la única condición para ser sujeto de derechos, es, en el derecho moderno, ser hombre».

Pero la obligación del Estado no queda limitada a castigar a quien viola el derecho a la vida de cualquier persona, sino que debe también promover positivamente este derecho mediante la creación de todos los instrumentos e instituciones que permitan efectivamente a cualquier persona ser acogida y sostenida, ayudada en el desarrollo integral de sí misma. Una vez más, según el modo de resolver el problema del aborto, se puede deducir qué tipo de sociedad se quiere construir: una sociedad que fomente el desarrollo de todo el hombre y de todos los hombres o, en cambio, una sociedad que sigue siendo discriminadora porque sólo permite vivir a algunos mientras que otros son inexorablemente rechazados. Y como siempre, el rechazado es el que no tiene voz ni poder para defenderse, verificándose así la aceptación de la ley del más fuerte o, lo que es lo mismo, la negación del derecho como *razón*.

CONCLUSIÓN

El actual debate sobre el aborto nos lleva finalmente a otras reflexiones bastante graves. ¿De dónde proviene este oscurecerse de la conciencia moral, que llega incluso a poner en duda el más obvio y fundamental de los valores éticos?

Cada día nos convencemos más de que una de las enfermedades mortales de la moderna civilización es un concepto y una experiencia *corrompida* de libertad. Esta no se vive ya como compromiso y como finalidad, sino como arbitrio de cada individuo. En la raíz encontramos el peligroso argumento del derecho de *cada uno* a la *propia* felicidad individual; puesto que es inevitable que antes o después *mi* felicidad choque con *la del otro*, una vez admitido aquel derecho, es inevitable que la vida en sociedad se convierta en una relación de fuerza. Esta es la razón de que nuestra sociedad sea una sociedad violenta que atropella inexorablemente al más débil, al que no tiene voz, al que no está sindicado.

En el origen de este concepto corrompido de libertad está el rechazo de Dios como fundamento último de todo valor moral. Esta es la verdadera tragedia del hombre moderno: haber roto el cordón umbilical que le liga a la trascendencia, encerrándose en la inmanencia y elevándose a sí mismo como medida definitiva de

todo valor. La *muerte de Dios* conduce inexorablemente a la muerte del hombre⁹.

La comunidad cristiana tiene delante de sí una tarea grave y urgente: dar testimonio dentro del mundo de la realidad de un Dios que no hace la competencia al hombre, sino que es su salvación. Este testimonio implica necesariamente una elección: la decisión de estar siempre de parte del hombre, o mejor aún, como en el caso del aborto, de la parte de Abel.

CARLO CAFFARRA

Miembro de la Pontificia Comisión Teológica Internacional
Catedrático de la Universidad Católica del Sacro Cuore.
Milán

⁹ Merece ser transcrita aquí una página de M. F. Sciacca, que aparece en su último libro póstumo: «Dentro de esta concepción crítica del conocimiento debe verse, en nuestra opinión, la actualidad siempre actual de la célebre fórmula: la verdad es *adaequatio* o *conformitas rei et intellectus*. En el momento en que ésta garantiza la objetividad del conocimiento, precisamente porque hace de ella la característica esencial del conocer humano, señala también sus límites: '*intellectus speculativus, quia accipit a rebus, est quodammodo motus ab ipsis rebus, et ita res mensurant ipsum...; sed sunt mensuratae ab intellectu divino, in quo sunt omnia creata... Sic ergo intellectus divinus est mensurans non mensuratus; res autem naturalis, mensurans et mensurata; ser intellectus noster est mensuratus, non mensurans quidem res naturales, sed artificiales tantum*'. El intelecto, que es tal en cuanto que llega al ser por el que todos los entes son cognoscibles, no puede dejar de conformarse al ser, no puede no ser a su vez medido: sólo el Mensurante no es medido por nada. El intelecto teórico no es creador, sino aprendiz que está siempre aprendiendo de lo que es. Si tenemos en cuenta que Protágoras, el filósofo de «el hombre es la medida de todas las cosas, de las que son en cuanto que son y de las que no son en cuanto que no son», es el padre de las diversas formas de subjetivismo o de idealismo empírico y trascendental que ha habido en la historia del pensamiento, el formulador —que sepamos— del primer *iluminismo*, cuyo primer resultado dentro del parmenidismo ha sido el nihilismo de Gorgias y cuyo desenlace, después de Hegel y dentro del hegelianismo, ha sido el nihilismo de Nietzsche, podemos valorar toda la fuerza especulativa de la verdad como «*adaequatio rei et intellectus*», que santo Tomás toma de Aristóteles pero cargándola de una nueva potencia de significado: sólo Dios es medida «*non misurata*»; el hombre es medido por el ser de las cosas y por Dios, creador de todo, sin que se reduzcan sin embargo las enormes posibilidades del conocer humano; más aún, por esto queda asegurada su objetividad» (*Prospettiva sulla metafisica di San Tommaso*, Roma 1975, págs. 54-55).

LA RELACION DE AYUDA PASTORAL CON EL ENFERMO CANCEROSO

PRESENTACIÓN

Los objetivos de esta presentación son:

Explorar lo que es vivido por las personas cancerosas; analizar la dinámica de la relación de ayuda pastoral; hacer un aprendizaje de la vida a través del encuentro con estas personas.

Los datos mencionados están basados en: la observación de 100 enfermos en diferentes estadios de la enfermedad en el «Mount Sinai Hospital», de New York City; la experiencia de 400 enfermos en fase terminal, que han aceptado confiarse para ayudar a sus asistentes, en la «University of Chicago Hospital and Clinics»; la Relación de Ayuda con 25 enfermos de la región de Québec (Medicina general y psiquiátrica).

EL DRAMA DEL CANCEROSO

Como nos enseñan las experiencias de estas personas, lo que por ellas es vivido constituye una serie de acontecimientos que Nightswongers llama de buen grado «una serie de dramas».

EL DRAMA DEL SHOCK: PÁNICO O NEGACIÓN

Este drama comienza con el anuncio de la noticia sobre la naturaleza de la enfermedad, que sería terminal. Una respuesta de pánico nunca es constructiva. Las estructuras de lo real son desorientadas y la persona se siente impulsiva, dice que pierde el dominio de sí y demuestra un comportamiento irrealista. El miedo, con intensidad variable, puede colocar a la persona en la coyuntura de no ver salida alguna de lo real si no es por medio de la sicosis, la autodestrucción, la magia.

La alternativa que puede absorber el shock es la negación, la cual permite a la persona no entender lo que

emocionalmente no puede aceptar. Una respuesta de este tipo: «Ese no soy yo», como reacción a la notificación del diagnóstico, puede ser normal y, por tanto, un indicio de salud. Eso permite a la persona reencontrar la fuerza y afrontar la situación que le supera y desborda.

Una actitud de negación prolongada significa la incapacidad de la persona de afrontar la situación y puede conducirla a no continuar el tratamiento. La actitud de negación parcial, que conlleva una aceptación intelectual, pero no emocional de la situación, es una cierta ayuda, pero deja inexpressados los sentimientos de la persona, y por tanto el conflicto no es resuelto.

El asistente pastoral (consejero, sanitario, participante en el curso de cualificación) puede ayudar o inhibir a la persona. De hecho el asistente es presa del pánico y rehúye a la persona justificando su miedo con diferentes defensas. Es con frecuencia su primer encuentro con una real perspectiva de la muerte, y el único modo de afrontarla es dejar que la relación se rompa.

Cuando el asistente condivide, sin persuadirse, el sistema de negación adoptado por el asistido, refuerza esa necesidad de la persona. Si el asistente continúa negando la realidad cuando ya la persona ha pasado su drama, entonces el asistido asume la necesidad del asistente y la negación sigue.

Mediante la supervisión y la reflexión de grupo el asistente descubre que se ha identificado con la persona y que todavía no ha afrontado el sentido de su propia muerte.

Los recuerdos del pasado afloran a la superficie haciéndole aceptar la muerte de un pariente cercano, de un amigo, en el interior de su experiencia vital.

El asistente experimenta que nada puede hacer para que la persona no muera. Comienza a descubrir qué significa estar con alguien en esa situación y, por este mismo hecho, encuentra que debe afrontar las expectativas que suscita su papel profesional o pastoral.

Desde el momento en que puede reconocer, con la

persona, que se trata de una enfermedad seria y potencialmente fatal, ha establecido con la persona misma una relación sobre la que funda la sucesiva comunicación a diferentes niveles. Estas personas son orientadas hacia la realidad, la cual es para ellas la conclusión de su vivir.

El punto de partida para establecer una relación de ayuda con las personas es estar dispuestos a afrontar con ellas, de manera respetuosa y realista, muchos problemas del vivir.

EL DRAMA DE LA EMOCIÓN: DEPRESIÓN O CATARSIS

El drama del shock es vivido rápidamente, ya que la realidad invade la situación con el drama de las emociones.

Cuando el pánico es superado y la negación es sustituida por la realidad, se nota una invasión de emociones que son rechazadas y vuelven a asaltar a la persona bajo forma de depresión o se expresan en catarsis. Condicionamientos externos a la persona impiden la expresión de los sentimientos negativos y pueden ser instalados por el asistente, por el sanitario, por la familia, por los amigos, que desean ver a la persona agradable, alegre y cooperadora, impidiéndole de esa forma expresar sus verdaderos sentimientos.

Muchas personas tienen condicionamientos internos que impiden la expresión de los sentimientos negativos: Es feo airarse, y entonces no pueden permitirse expresar su ira contra los que le asisten, contra la familia, contra Dios. Cuando estos sentimientos son rechazados, la irascibilidad se revuelve contra el sujeto; la culpabilidad real y la misma vergüenza asumen proporciones neuróticas y el drama termina en depresión.

Los asistentes han dado las respuestas más variadas frente a las emociones intensas. Los que nunca han lanzado un reto a Dios, tienen la tendencia a defender a Dios frente al asistido; lo cual constituye un control exterior sobre la persona o una intensificación de la propia vergüenza y culpabilidad o una alienación de la persona en la relación de ayuda.

El asistente rehúye emocionalmente la relación y racionaliza con la persona. Unos *pedazos de sermón* son considerados como sustitutos de una relación de comprensión empática precisa.

El asistente que siente el deber de hacer algo coge e interpreta la pregunta «¿por qué yo?» como una cuestión intelectual más que como una expresión de la angustia existencial del asistido, y le responde suministrándole su mejor teología o filosofía de la vida.

El asistente que se identifica con la persona se redescubre a sí mismo en la misma dramática vicisitud e intensifica las emociones de la persona hacia la frustración y la rebelión.

La reflexión de equipo ayuda al asistente a intensi-

ficar la dinámica de la situación y a evaluar de nuevo sus sentimientos personales y su interés pastoral.

Cuando el asistente es capaz de arriesgar sus sentimientos, la persona asistida es capaz de asumir las emociones más rápidamente y más personalmente.

EL DRAMA DE LA NEGOCIACIÓN: «VENTA POR QUIEBRA O MERCANTILISMO»

La culpabilidad y la vergüenza de la depresión llevan a la persona asistida a resolver ese conflicto con una declaración de quiebra.

El sentido de depreciación que experimenta es suficiente para convencerle de que tiene lo que merece. La emoción de los demás que experimenta en su depresión, le conduce a concluir: «¿De qué sirve?»

Cuando la persona asistida es capaz de arriesgar el mercantilismo del «quizás no soy yo», entonces el drama es un intento de negociar un compromiso: «A lo mejor con los médicos, si colabora fielmente...»; «los sanitarios podrían hacerlo mejor»; «podría probar un medicamento nuevo o comenzar una terapia nueva»; o «si Dios puede ser persuadido para que intervenga» en favor de la persona.

En una situación de bancarrota, el asistente descubre que sus respuestas son inadecuadas para la persona y para sí mismo. Entonces se hace capaz de introspección, mientras y al mismo tiempo que su orientación pastoral gana en profundidad e intensidad.

El peligro por parte del asistente está en reforzar la negociación en vez de permanecer sensiblemente a la escucha de la persona. Estas negociaciones son muy humanas y normales, de hecho ayudan a la persona en su caminar hacia la realidad.

EL DRAMA DEL CONOCIMIENTO: DESESPERACIÓN O ESPERANZA REALISTA

El progreso de la enfermedad y los diferentes tratamientos son un llamamiento de la realidad para el asistido; él debería ya afrontar el último significado de lo que le sucede. Llegado este momento la pregunta «¿por qué no?» es un serio interesarse por encontrar un significado a todo esto.

Si la persona asistida es dejada sola con la toma de conciencia de que va a morir, esto la confirma en el sentimiento de que no hay sentido ni esperanza. Cosa que se expresa en una actitud estoica o en síntomas depresivos de tristeza y de desesperación. En este momento la dinámica depresiva encubre la dimensión teológica del vacío y del no-sentido de la desesperación.

La persona puede ser ayudada a experimentar una esperanza realista descubriendo un cierto sentido y un fin que le ofrecen la posibilidad de realizarse en su propia muerte.

Tenemos la tendencia a asociar la esperanza a la curación o a la mejoría, pero para la persona esta esperanza refleja su punto de interés: El sentido de su muerte, de su futuro. Se pregunta cómo y cuándo morirá. Espera que la agonía no sea demasiado larga, espera que durará para vegetar, que no tendrá que sufrir demasiado, que no será un peso financiero para la familia.

El asistente encuentra aquí una nueva dimensión pastoral: La necesidad de la persona de encontrar un sentido, una finalidad a su muerte y la seguridad de que no será rechazada, abandonada, de que no estará sola, tanto en el momento presente como después.

Estas cuestiones reflejan un interés de especificidad en relación con los progresos de la enfermedad, el tratamiento terapéutico, las necesidades familiares y financieras. La persona plantea preguntas que no tienen respuesta específica y concreta: «¿Por qué yo?»; «¿Por qué ahora?»; «¿Esto qué significa?»; «¿Qué es la vida?»; «¿Qué hay... después?»; «¿Hay otra vida?».

Puede encontrarse una respuesta en la certeza del sentido último y del fin último.

Brodsky ha descrito el «Liebestod Fantasies»; Eissler habla de la importancia de hacer un don a la persona, y Feder ilustra las «Liebesleden Fantasies» mediante las cuales la persona moribunda quiere dar algo a los vivientes.

La persona en la desesperación puede ser ayudada si se la conduce hacia atrás a revivir los dramas iniciales de las emociones, de la negociación, más positivamente.

La persona que busca puede ser ayudada a encontrar una orientación satisfactoria y significativa mediante la cual pueda restablecer sus experiencias pasadas, presentes y futuras, a llegar a una nueva comprensión de sí que prepara la aceptación de sí en la situación presente.

EL DRAMA DEL COMPROMISO: RESIGNACIÓN O ACEPTACIÓN

Saber matizar y distinguir cuándo la desesperación alcanza su compromiso en la resignación y cuándo la esperanza realista evoluciona hacia la aceptación de sí, significa identificar el paso de un consentimiento intelectual a una respuesta emocional.

La resignación es la confirmación emocional del sentido último de la desesperación, mientras que la espe-

ranza es afirmada por la confianza y por la seguridad de que el sentido de lo vivido será experimentado.

La resignación es el resultado de la parada en el caminar del tercer drama: La persona se resigna al inevitable e insignificante fin de su existencia.

Cuando la persona afirma «Sí, soy yo», experimenta la muerte como la conclusión natural de la vida y el acabamiento de su sentido y de sus propósitos.

El asistente se convierte entonces en el agente del cambio, junto a la persona que experimenta una confianza interior en la belleza de la vida, en su fin, en su significado y en su conclusión con la muerte. El asistente ha de distinguir entre la fe exterior funcionante como un mecanismo de defensa que protege a la persona de la realidad, y la fe interior que permite a la persona aceptar la realidad. El asistente procura eliminar los recuerdos de acritud, de pena interior, y ayuda a la persona a experimentar una congruencia entre todo lo que crea acerca de la vida y la muerte y lo que siente acerca del vivir y del morir. Con esto el asistente ayuda a la persona a vivir.

EL DRAMA DE LA CONCLUSIÓN: ALIENACIÓN O CUMPLIMIENTO

La persona termina su camino en un sentido de alienación o de acabamiento. La alienación es experimentada como un replegarse sobre sí mismo o una depresión: Es el *final* de la resignación. La persona se siente abandonada, desesperada, y desea como una liberación, un final a la vida imposible que le queda. Todo dolor o sufrimiento es soportado o tolerado, pero nunca ignorado.

Pocos asistentes llegan hasta compartir estos momentos de alienación. De hecho el asistente ha dejado a estas personas ya antes, bien sea por frustración o miedo, y ha contribuido a su soledad. La experiencia del asistido que vive su cumplimiento personal enriquece la vida del asistente, quien descubre la reciprocidad de la ayuda pastoral. Escuchando a la persona que experimenta paz y dignidad, el asistente realiza un aprendizaje pastoral y descubre el drama de la vida.

Seleccionado por
el equipo de Padres Camilos, Madrid

NOTICIARIO

Hospitales

PRIMERA GENERACIÓN DE PSIQUIATRAS DE LA U.A.G.

La inquietud que desde hace varios años se venía advirtiendo en el medio psiquiátrico de la ciudad de Guadalajara, de formar sus propios psiquiatras, se ha visto satisfecha el año 1976 en que se efectuó en el Aula Magna de Ciudad Universitaria, emotiva ceremonia de clausura, en la cual recibieron su certificación como médicos psiquiatras los integrantes de la primera generación formada en las aulas de la Universidad Autónoma de Guadalajara y del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Zapopan.

Es de justicia hacer mención especial del Sr. Roberto Morales Vela —distinguido miembro de la comunidad de hermanos de san Juan de Dios en Zapopan, Jalisco—, quien con su dinamismo y gran interés por las disciplinas psiquiátricas es considerado por todos como uno de los fundadores del curso que este año ha rendido sus primeros frutos.

En la ceremonia de graduación y en el Presidium se contó con la presencia de distinguidas personalidades Universitarias, entre ellos el Dr. Néstor Velasco Pérez, Director de la Facultad de Medicina y representante de la Rectoría. Sr. Roberto Morales Vela, representante del Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios, Sr. Prof. Álvaro Romo, Director de la Escuela de Graduados, Dr. Ruíz Huerta, Jefe de Enseñanza Universitaria, Dr. Carlos Murillo, Jefe del Departamento de Neurología, Dr. Luis Galván, Jefe del Departamento de Psiquiatría, Dres. Mario Saucedo y José L. Ibararán, representantes de los maestros del curso, etc.

En este acto funcionó acertadamente como maestro de ceremonias el Dr. Javier Herrera —alumnó del curso—, quien invitó a los miembros de la Presidencia a dirigir algunas palabras a los nuevos psiquiatras, coincidiendo todos en sus intervenciones en la expresión de buenos augurios en su futura vida profesional; pero señalándoles el alto grado de responsabilidad que adquieren, ante Dios y la Sociedad, como especialistas en una de las ramas más humanas de las ciencias.

Por parte de los egresados tomó la palabra el Dr. Marco Extelio Palacios Aparicio, quien después de solicitar un solemne minuto de silencio para elevar una plegaria por el alma de su querido compañero Dr. Salvador Sánchez Sánchez —fallecido trágicamente en mayo del 75—, expresó su profundo agradecimiento para todos los que intervinieron en su formación profesional, tanto personal universitario, como el perteneciente al Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios.

Acto seguido las Autoridades Universitarias y del Hospital procedieron a entregar las Certificaciones correspondientes a los siguientes graduados: Dra. América Lazo Águila, Dra. Carolina Gómez Castillo, Dr. Javier Herrera Durón, Dr. Luis Rivero Almanzor y Dr. Marco Extelio Palacios Aparicio.

Después de haberse escuchado respetuosamente el himno universitario, el Sr. Dr. Néstor Velasco Pérez en representación del Sr. Rector Dr. Luis Garibay declaró oficialmente clausurada la ceremonia. Seguidamente se tuvo la comida-recepción en los comedores universitarios.

DOCTOR MARCO EXTELIO PALACIOS

CURSO DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

Queriendo dar un verdadero servicio como profesionales, en el campo en donde trabajamos, que en este caso es el hospitalario, y sabiendo que si nuestra preparación o conocimientos se amplía, reforzamos y mejoramos, nuestros servicios y haciendo eco a las recomendaciones de salubridad, el Departamento de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara, se ha impartido un curso de supervisión de enfermería, en el Hospital San Juan de Dios de Zapopan.

La finalidad del curso ha sido mejorar la calidad de nuestros servicios en los hospitales. Conocer y recordar los principales principios de supervisión de enfermería.

Hacernos conscientes de la necesidad de que la supervisión de enfermería, la tenga una persona preparada y capacitada para ello.

MAESTROS DEL CURSO

Doctor Ibararán, doctor Ríos, doctor Rivero, doctor Suazo, lic. Fernández, hermano Morales, doctor Reig, doctor Mauricio. Enfermeros: del Valle, Montoya, Alonso, Navarro, Martínez y González.

TEMAS

Hospital; Manuales y reglamentos; Dirección; Administración general; El proceso administrativo; Previsión y planeación; Integración y organización; Cálculo de personal; Departamento de enfermería; Supervisión; Programación; El departamento de enfermería y su relación con la escuela de enfermería; Importancia de la enseñanza intrahospitalaria; Técnicas de enseñanza; Ética de enfer-

mería; Resumen de todas las materias del curso por el hermano Morales. Discurso de clausura y entrega de diplomas por el doctor Néstor Velasco, director de la Facultad de Medicina de la Universidad. La primera clase del curso fue impartida por el secretario general de Salubridad.

CAMPAMENTO DE ENFERMOS PSÍQUICOS

La historia que se puede hacer del «Campamento de enfermos psíquicos adultos de Ciempozuelos» es muy corta en el tiempo, pero muy amplia y rica en experiencias en pro del enfermo.

La primera experiencia resultó positiva y en bien del enfermo tanto social como terapéuticamente; entonces nada más terminar se pensó y se comenzó a trabajar para el «Segundo Campamento», por el cual se ha estado trabajando durante todo el año para lograr un mejor perfeccionamiento. Este año han ido tres tandas, de 90 residentes cada una, con una duración de diez días.

ASPECTOS POSITIVOS DEL CAMPAMENTO

Uno de los aspectos más importantes, que creo particularmente se han logrado, ha sido la mentalización de una zona de España ante el enfermo mental, pues el pensamiento, la idea de aquella zona, como la de toda España, con respecto al enfermo mental, es de miedo, de terror, de rechazo, de peligro... y cómo la gente cambia de pensar al tratar con alguno de estos enfermos. He dicho, que es uno de los aspectos más importantes, porque de la sociedad, de vosotros y mía, que la componemos depende la mayoría de las veces, que el enfermo una vez recuperado vuelva o no a recaer. Esta mentalización de verdad se ha conseguido y sería muy extenso si aquí les contara todas las personas que al principio nos miraban con recelo, pero que al final se alegraban de habernos conocido.

Yo me pregunto muchas veces ¿el porqué tenemos que juzgar a todos los enfermos mentales por uno?, porque uno sea agresivo o robe, ¿ya tienen que ser todos agresivos o ladrones?, porque los juzgamos a todos por uno, o es que cuando una persona normal psíquicamente con úlcera de estómago (por poner un ejemplo) pega a otro, o incluso lo mata, ¿decimos que todos los ulcerosos son unos agresivos o unos criminales?, entonces, ¿por qué juzgamos a todos los enfermos mentales por uno?

Ver cómo el enfermo se desenvuelve en otro ambiente distinto en el que normalmente se desarrolla su vida y se llega a constatar una evolución ascendente pues del aislamiento en que han vivido durante todo el tiempo en el Sanatorio, pasan a la comunicación, a la colaboración en el grupo; de la inactividad, pasan a ser activos en la actividad del grupo tanto en trabajos manuales, como en pequeñas veladas teatrales, como excursiones... siendo muchas veces ellos mismos creativos.

Se ha logrado una mayor amistad y confianza tanto entre los mismos residentes, como a nivel monitor-residente y quiero aclarar que los monitores no eran solamente hermanos, sino que había chicos y chicas de la calle, que generosamente se ofrecieron para colaborar; como consecuencia de esta amistad y confianza se llegan a descubrir

en el enfermo valores que en el Sanatorio, quizá por el gran número, no se llegan a descubrir.

Nosotros los que nos llamamos normales, somos la *esperanza* de que muchos de estos enfermos puedan integrarse en nuestra sociedad, que es también de ellos, y esto no solamente se lo digo yo, aquí les transcribo textualmente algunos párrafos de una carta:

«Querido lector:

Este artículo lo titulo *La Esperanza*, porque todos los enfermos actualmente aquí recluidos tenemos la esperanza en vosotros, que sabemos que no nos olvidáis. Porque necesitamos, sí necesitamos encontrar un estímulo, una ilusión para que esta esperanza se mantenga viva.

Casi todos los enfermos que actualmente nos encontramos en este Sanatorio, es por causas ajenas a nuestra voluntad, nos separaron de nuestras familias y de los seres más queridos para curarnos, pero ahora incluso nuestra familia nos rechaza, no sé por qué. Nosotros necesitamos de ese mundo y de esas ocupaciones que tanto nos aportarían.

La contestación la tienen ustedes, a nosotros nos queda solamente seguir esperanzados en ustedes porque piensen que no somos parásitos y que no queremos serlo, y que no queremos llegar con la inaceptación a que ustedes nos tienen sometidos a ser objetos, en vez de seres humanos. Vuelvo a repetir, que nosotros, los enfermos, seguimos teniendo la esperanza en vosotros.»

MIGUEL MARTÍNEZ

PARA LA DEFENSA DE LA VIDA HUMANA

SE CREA LA FUNDACIÓN BENÉFICA FRAY SERAFÍN MADRID

Se ha constituido la Fundación Benéfica Fray Serafín Madrid para la Defensa de la Vida Humana, con el ánimo de convertirse en un testimonio práctico de ese sentido universal que defiende el derecho a la vida.

La Fundación responde al carácter universalista que define la médula y la actuación de los Teléfonos de la Esperanza, creadores e impulsores de esta nueva realidad social.

Tal carácter universal exige una defensa integral del derecho a la vida, no sólo en los casos de aborto —300 000 anualmente en España—, sino también el rechazo a la pena de muerte y a la eutanasia, la prevención del suicidio y la mentalización en favor de la paz y de la dignidad de la persona humana frente a la violencia, el terror y los tratos inhumanos o degradantes de cualquier tipo.

La defensa integral de la vida humana supone una toma de conciencia comunitaria, asumiendo la responsabilidad que a todos nos afecta por acción, pasividad o indiferencia ante la masacre cotidiana de seres indefensos. Asunción integral del problema, sin hipocresías, de tal manera que la mentalización contra el aborto sea inseparable de la aceptación y ayuda a las solteras embarazadas y madres solteras para su plena integración social y defensa de sus derechos.

CAMPAÑA CONTRA EL ABORTO

En el terreno de las obras prácticas, la Fundación para la Defensa de la Vida Humana prepara una campaña contra el aborto y en defensa de la vida humana.

Se trata de poner en funcionamiento una serie de unidades residenciales en las provincias en que funcionen los Teléfonos de la Esperanza, donde serán atendidas aquellas mujeres embarazadas que encontrándose en una situación crítica, social o familiarmente, necesiten apoyo psíquico y material para no abortar.

La campaña contra el aborto es, pues, una alternativa absolutamente constructiva. No se trata de iniciar o provocar polémicas de tipo bizantino, sino de ofrecer hechos, obras concretas en cuya materialidad puedan apoyarse quienes no crean en el aborto como salida de un embarazo imprevisto o indeseado.

La campaña comenzará en octubre y concluirá al finalizar el año. Durante este período los teléfonos de la Esperanza proyectan una amplia labor de sensibilización pública que permita aglutinar cuantas adhesiones personales y materiales puedan darse.

En este sentido, los profesionales del Teléfono de la Esperanza están preparando un informe sobre el aborto en España, que será facilitado a la prensa y a la opinión pública, en donde se recogerá la situación actual de la cuestión del aborto en nuestro país.

Posteriormente se iniciará una labor directa de cara a todas aquellas personas que crean en este tipo de iniciativa, a través de cartas, folletos explicativos, artículos de prensa y programas de radio y televisión, con el fin de llevar la inquietud sobre este tema a todos cuantos sean de alguna forma conscientes de su importancia.

Asimismo, la revista *Sociedad-Familia*, órgano de prensa de los Teléfonos de la Esperanza, prepara un número especial sobre el aborto.

¿SE PUEDE MATAR POR AMOR?

Unos amigos me compraron en Francia un libro de Jean Toulat, que ha creado una cierta polémica en aquel país. *Faut-il par amour* —éste es el título original— plantea a fondo el estudio de todos los interrogantes que suscita la reciente campaña de legalización de la eutanasia. El libro está hecho a base de entrevistas a personalidades religiosas y civiles, de reportajes pormenorizados de cómo se actúa en algunos hospitales, aportando también el punto de vista de médicos, enfermeras, sanitarios, etc.

No quiero entrar en la crítica o comentario del libro, sino tan sólo esbozar unas impresiones que me ha sugerido la lectura del mismo. No olvido que también en España se levantan voces pidiendo la legalización de la eutanasia.

Diría, primeramente, que hemos entrado de lleno en la era del rechazo del sufrimiento. Los cristianos de hoy libran, como todo el mundo, el combate contra el sufrimiento propio y el de los demás por la anestesia y los calmantes. Esto, que en sí mismo es natural, suscita nuevos problemas. Hoy en día llamamos sufrimiento a lo que ayer era soportado como un simple incomodo. De ahí el abuso de los calmantes y la dificultad creciente para aceptar cualquier tipo de dolor, muchos de los cuales serán probablemente inevitables siempre. Creo que es aquí donde la fe debería ayudarnos a encontrar un nuevo equilibrio: luchar contra el sufrimiento tanto como se pueda, pero donde se resista, ensayar de transfigurararlo en amor redentor.

En nuestra época, la lucha técnica contra el sufrimiento

lo eclipsa todo. Crece la tentación de no pedir también a la fe y al esfuerzo una manera de bien morir, sino de pedirla únicamente a la técnica. Surge de ahí la idea de la muerte científica, de la muerte dulce, de la eutanasia.

En los Estados Unidos, en 1950, el 36 % de la población estaba a favor de la eutanasia en caso de enfermedad incurable. En 1974 eran ya el 53 %. En cuatro años, la *Euthanasia Society* había pasado de 600 adheridos a 50.000.

Se hace imprescindible una reflexión sobre los tres componentes de esta corriente: el horror a sufrir, la piedad por los enfermos que uno ama y el culto de la técnica médica. La lógica de los defensores de la eutanasia se concluye con esta afirmación: después de haber aprendido a traernos al mundo sin esfuerzo, la medicina debe permitarnos acabar digna y dulcemente.

No basta con protestar contra este poder intolerable que los hombres se adjudicarían para poder tronchar vidas al juzgarlas incurables. Empezarían por los enfermos, pero pronto sería toda la sociedad la que recibiría la sentencia. «Muerte dulce para las bocas inútiles y anormales», es el texto de una pancarta exhibida no hace mucho en Lyon. No basta con protestar, sino que es necesario examinar seriamente las razones en pro y en contra, para saber defender las graves razones en contra. De no hacerlo así, seremos arrastrados por una opinión pública cada día más pujante y dirigida por personas de indudable capacidad. Yo no sabía, por ejemplo, que el célebre Dr. Alexis Carrel, Premio Nobel, autor de *El hombre, ese desconocido*, había imaginado un establecimiento eutanásico provisto de un gas apropiado para los criminales y locos. No creamos que estas ideas nacen de unos cuantos alocados imberbes. Encontrará defensores y divulgadores entre los más cualificados estamentos literarios, científicos y técnicos.

La avalancha de concepciones contrarias a nuestra fe que nos invadirán dentro de poco, no nos debe sorprender, pero tampoco nos debe hacer claudicar. Es toda una concepción del hombre y de la vida lo que está inmerso en las convicciones de la fe cristiana. Y tenemos derecho a defenderlo, siempre y cuando sepamos hacerlo con la altura y con la lógica que utilizarán los otros para defender sus argumentos.

J. MARTÍNEZ ROURA

LOS HECHOS Y LA PALABRA

¿REVELAR AL ENFERMO SU MUERTE PRÓXIMA?

LOS HECHOS

Los sorprendentes resultados de una encuesta realizada en Francia, sirvió de tema para una tesis doctoral presentada hace pocos años, y consistió en preguntar a 135 médicos su opinión sobre si *¿Hay que revelar al enfermo su muerte próxima?* De estos 135 médicos, un 15 % se pronunciaba a favor de que *se revele* la verdad. El 30 % en contra, y un 55 % *dudaba*. Todos, sin embargo —y esto es lo sorprendente—, excepto dos, declaraban desear que se les dijera la verdad si ellos fueran los enfermos.» (*Ya*, 22-VIII-76).

No se comprende muy bien por qué los médicos quieren para sí mismos algo tan diferente de lo que quieren para sus enfermos. Por mi parte, apoyado en mis principios y mi experiencia, me inclino abiertamente, salvo en casos especiales, y empleando gran delicadeza en la manera de informar, procurar que, de una manera u otra, el enfermo conozca su situación, escribe el Dr. Ortiz-Villajos, médico y sacerdote. Pienso, dice, que el período de vida que precede a la muerte es demasiado importante y trascendente para dejar que el enfermo lo viva engañado y fuera de su propia realidad. Quizá lo más triste aún es cuando *todos saben* —el médico, la familia, el enfermo—; pero todos, a su vez, gastan sus mejores energías en interpretar la *caritativa comedia de ignorarlo*.

Hoy se trata de conocerlo todo. De buscar la madurez completa de la personalidad, etc. No sería descabellado pensar en integrar en *nuestra educación* ciertos elementos que nos ayudasen a vivir con autenticidad y valentía un paso tan inevitable de nuestra vida, como lo es el de la muerte.

LA PALABRA

La revelación bíblica, lejos de esquivar la muerte para refugiarse en sueños ilusorios, en cualquier etapa en que se examine, comienza por mirarla de frente con lucidez. El evangelista Lucas (2, 26) relata: «El Espíritu Santo estaba con Simeón y le había avisado que no moriría sin ver al Mesías del Señor».

J. ALIMBAU

EL ENFERMO ES UN CIUDADANO PRIVILEGIADO

Un prestigioso médico francés, el doctor Pierre Theil, acaba de publicar un ejemplar apéndice, que se titula *declaración de los derechos del enfermo y del médico*, y que es, en definitiva, un articulado sucinto en el que se recogen una serie de normas que deben ser de inexcusable cumplimiento para todas las personas de alguna forma relacionadas con la Medicina, y por tanto, con el paciente, fin último de la ciencia médica. Quizá en la Deontología que se explica en las Facultades de Medicina, podría ser incorporada esta declaración modélica por cuanto presenta una mayor actualidad que, incluso, las prescripciones hipocráticas. De todos modos, el doctor Pierre Theil no ha hecho sino traducir a nuestro lenguaje actual y a la realidad sanitaria de nuestro mundo, los argumentos con que Hipócrates defiende la profesión médica y, en consecuencia, a los primeros beneficiados de su sabiduría: los pacientes.

Artículo 1.º El enfermo tiene derecho al respeto de la sociedad. No debe ser rechazado fuera de la comunidad con motivo de su enfermedad, cualquiera sea la naturaleza o la gravedad de la misma.

Art. 2.º El enfermo es un ciudadano privilegiado. Más allá de los derechos de que disfrutaban sus ciudadanos, es favorecido por los derechos específicos que resultan de su propio estado de salud.

**De excepcional interés
para la Pastoral de Enfermos.
Canto bíblico
desde la enfermedad.**

JOSE JORDAN

LA ORACION DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD

Cantoral

• Una selección de textos bíblicos que hablan de la enfermedad o necesidad similar y expresan la actitud de confianza del enfermo ante su Dios, promesas, ayuda, fuerza, auxilio, misericordia, salvación, amor... que nos envía a su Hijo integrado en la naturaleza humana caída para levantarla: cura, salva, ama hasta la muerte para luego resucitar, dejando en sus preceptos esta misma norma vital a sus seguidores.

• Su música nace de la profunda meditación de esa misma Palabra de Dios y de una intrínseca interpretación del dolor, desde dentro. Se nota que el autor es hospitalario. Melodía fácil, sencilla, para una sola voz, pero con adaptaciones para otras comunidades polifónicas y acompañamiento, como acostumbra presentarlo el padre Jordán: armonía correcta bien trabajada contrapuntísticamente: piezas que nos introducen en la liturgia del dolor, enfermedad muerte-resurrección, asistencia sanitaria cristiana...

• Obra precursora en su tema de la enfermedad del cristiano, pone al servicio de hospitales, comunidades de religiosos(as) hospitalarios(as) y parroquia principalmente un rico arsenal de cantos religiosos bíblicos con su extenso, profundo y variado repertorio.

*Volumen (16 x 21) cómodo, visión clara,
184 páginas, 82 cantos, 325 pesetas*

A PUNTO DE APARECER SU GRABACIÓN
EN CASSETTES DE 60 MINUTOS
— Selección (2 cassettes)
— Obra completa

Pedidos:

EDITORIAL HOSPITALARIA
Hermanos de san Juan de Dios
Carretera de Esplugas s/n - BARCELONA 17

P. P. C.

Enrique Jardiel Poncela, 4
Apartado 19.049 - MADRID 16

Art. 3.º El enfermo debe gozar del beneficio de cualquier recurso terapéutico del cual disponga la civilización para aliviar o curar su enfermedad.

Art. 4.º El enfermo tiene derecho para disponer de todo el equipo sanitario, en material y personal, que sea susceptible de ayudar la curación de su enfermedad.

Art. 5.º El enfermo tiene derecho a cualquier recurso social, económico y financiero que pueda ayudarle para recobrar la salud.

Art. 6.º El enfermo tiene derecho a elegir, libremente, a su médico o al establecimiento de curas médicas.

Art. 7.º El enfermo es un todo biológico, fisiológico y psicológico. Como consecuencia, tendrá derecho a una medicina total que se encargue de toda su persona y no de una parte solamente tal como uno de sus órganos o tal aspecto de su individualidad.

Art. 8.º El enfermo tiene derecho al respeto del secreto médico por todos los que asumen su cargo.

Art. 9.º Hasta el fin, tiene derecho el enfermo al respeto debido al hombre que sufre y, más generalmente, a la dignidad de la persona humana, por parte de todos los que estén a su vera.

Art. 10.º El enfermo tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud cada vez que manifieste el deseo de serlo.

Art. 11.º El enfermo tiene derecho a una alimentación suficiente y sana, así como a todos los recursos culturales que puedan distraerle y ayudarle a recobrar la salud física y moral.

Art. 12.º El enfermo tiene derecho a un medio ambiente que sea desprovisto de elementos nocivos.

Art. 13.º El enfermo tiene derecho a quedarse siempre en comunicación con las personas a su gusto.

Art. 14.º El enfermo tiene derecho de que sea protegida su salud recobrada en ambiente socio-cultural que le garantice todos los recursos imprescindibles para conservar su bienestar.

CONVALIDACIÓN DEL TÍTULO DE PRACTICANTE

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

Ilustrísimo señor:

Por Orden de este Departamento de 29 de marzo de 1966 («Boletín Oficial del Estado» de 23 de junio) se reconoció a los Practicantes de Medicina y Cirugía el derecho a solicitar la convalidación de este título por el de Ayudante Técnico Sanitario establecido por Decreto de 4 de diciembre de 1953.

A tal fin, y por sendas Órdenes ministeriales de 24 de febrero de 1970 y 7 de diciembre de 1972, se concedieron plazos para la solicitud por los interesados de la mencionada convalidación; plazos que han resultado insuficientes a la vista de las convalidaciones realmente efectuadas.

Por ello, y teniendo en cuenta la solicitud formulada por el Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, este Ministerio ha dispuesto:

Primero. Conceder un nuevo plazo de un año, a partir de la publicación de la presente Orden en el «Boletín Oficial del Estado», para que los Practicantes en Medicina y Cirugía puedan solicitar la convalidación del mencionado título por el de Ayudante Técnico Sanitario.

Segundo. Para la mencionada convalidación se estará a lo dispuesto en la Orden de 29 de marzo de 1966 («Boletín Oficial del Estado» de 23 de junio), debiendo solicitarse de la Facultad de Medicina que hubiere expedido el título de Practicante.

Lo que comunico a V. I.
Dios guarde a V. I.

Madrid, 3 de febrero de 1976. — P. D., el Subsecretario, Manuel Olivencia Ruiz.

Ilmo. Sr. Director general de Universidades e Investigación.

secretaría y relaciones públicas, liturgia, ambientación y espectáculos, alimentación y hospedaje, radio y prensa.

Oportunamente se enviaron invitaciones y programas a las distintas Delegaciones de los diversos Estados del País e Instituciones Hospitalarias. Apoyando las Jornadas el Emmo. Sr. Cardenal José Salazar, envió invitaciones por su parte a todas las parroquias y casas religiosas de la archidiócesis. El fruto de la buena motivación y oportuna comunicación se manifestó en la asistencia, habiendo un total de 472 asistentes. Estuvieron presentes las autoridades eclesiásticas, junta nacional de la Cirm, junta nacional de la Frem, representante de los servicios coordina-

Pastoral

ZAPOPAN

SEGUNDAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA 76

Precedida de varias semanas de esmerada preparación se llevaron a cabo las Segundas Jornadas de Pastoral Hospitalaria en Zapopan, Jal. México. Fueron organizadas por la Diócesis de Guadalajara y Frem de Occidente. Para una mejor planeación y corresponsabilidad en el trabajo, se nombraron con anterioridad las comisiones siguientes:



El obispo auxiliar de Guadalajara y el secretario de salubridad, Dr. Reig, presiden uno de los actos de las jornadas

dos, reporteros de prensa, médicos, sacerdotes, seminaristas, religiosas enfermeras y enfermeras seculares. Hicieron acto de presencia los siguientes Estados de la República: México, Morelia y Zamora (Michoacán), Puebla, Monterrey (Nuevo León), Tijuana y Encenada (Baja California), Ciudad Mante y Nuevo Laredo (Tamaulipas), San Luis Potosí, Hermosillo (Sonora) Culiacán (Sinaloa), Ciudad Satélite y Toluca (Mex) y Guadalajara, Jal. En total 11 Estados.

Después de implorar el auxilio divino se iniciaron las actividades del primer día con el acogedor saludo de bienvenida a cargo del coordinador de las jornadas y asesor religioso de la Frem, hermano Roberto Morales, O. H., quien por su entusiasta alma de apóstol hizo posible estas segundas jornadas. Presentó luego un breve balance de todo lo realizado en el tiempo que media entre una y otra jornada. Jornadas, creación del consejo de pastoral hospitalaria con sus correspondientes estatutos, retiros mensuales; cursos de administración y dirección de hospitales, de psicología y psiquiatría, de supervisión de enfermería; asambleas extraordinarias en Guadalajara y diversos estados, etc. Diversos horarios del servicio religioso en el hospital.

Invitó insistentemente a mantener viva la llama de amor a este apostolado. Expresó sus deseos de que este encuentro iniciado, sirviera de aliciente, toma de conciencia y despertara en todos nuevas inquietudes para seguir luchando en favor de los que sufren. Finalmente presentó, bastante sintetizado, las ideas más importantes a desarrollar durante las jornadas. Renovación y actualización de nuestros hospitales. Organización y programación del funcionamiento de los mismos. No se puede tener función alguna en el hospital si no es por vocación; de lo contrario su rendimiento será deficiente.

Formación y colocación, según preparación y actitudes, de nuestro personal en el hospital. Sólo los enfermos tienen derechos en el hospital, los demás obligaciones. Es necesario tecnificar el hospital, pero sin olvidar el trato humano, deben contar las personas, no los números y cosas. Es necesario formar nuevos horarios para las religiosas que trabajan en el hospital. No hay estímulo ni superación, porque se vive precipitadamente y con cierta individualidad y aun con desconocimientos del personal y de la docencia. Se llega a perder la sensibilidad ante el dolor, la misma muerte y cuanto significa su creación espiritual.

Lamentamos el desconcierto que hay en los curiales, sacerdotes, religiosas, médicos, enfermeras, etc., sobre los cuidados de los enfermos según corresponda a sus necesidades y capacidad de los mismos. Es cierto que se

mueren enfermos sin sacramentos y se falta a la ética y moral en el campo hospitalario. Hay países que el 90 % de sus habitantes ya pasan por el hospital. En nuestro México se calcula aproximadamente el 70 %.

Con fines pastorales, no sería bueno considerar este extremo, cuando un 5-10-15 por ciento sólo frecuentan los templos. Todo sacerdote está obligado por su ministerio de salvación, y además por justicia y caridad asistir a los moribundos, aun cuando suponga algún sacrificio personal y sienta repugnancia al ambiente del hospital. Hay que formar a nuestros capellanes para el servicio religioso del hospital. Que vivan los problemas del hospital, de los enfermos y del personal hospitalario. Que se entreguen con cariño a la pastoral hospitalaria de la que son responsables. Los enfermos crónicos y ancianos, por lo general son rechazados por sus propios familiares, ¿qué hacer? Cada punto a tratar, en boca del hermano Roberto Morales era inquietud, invitación, exhortación, anhelo de respuesta, búsqueda común, deseo de contagiar su fuego en aras de tan noble ideal.

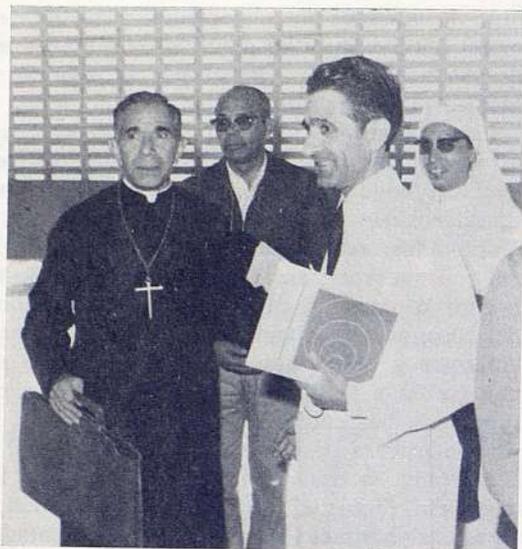
MENSAJE DEL CARDENAL DE GUADALAJARA

«Con satisfacción sincera y profunda admiración me dirijo a quienes se dedican a aliviar el dolor humano: médicos, enfermeras, capellanes, personal auxiliar. Bien sabemos que muchos de ustedes ejercen actividades en los hospitales como profesionales, capacitados en el manejo de los más modernos medios de la ciencia y de la técnica actual; pero no dudamos en afirmar que un trabajo de perfiles tan peculiares supone algo más que una preparación técnica: supone una buena dosis de humanismo, de filantropía y, yo me atrevería a decir, supone el ejercicio entusiasta de la caridad cristiana.

Es bastante conocido de todos ustedes que el enfermo no es simplemente una máquina que no funciona; que en aquel cuerpo doliente que yace en la cama de un hospital, tal vez desfigurado por la enfermedad, nos es dado encontrarnos con un sujeto, único, irrepetible, remate de la obra creativa de Dios y punto de referencia en que el universo encuentra su explicación.



Cardenal de Guadalajara, Jalisco



Monseñor Sahagún,
obispo auxiliar de Guadalajara
cuya actuación en la asamblea fue muy eficiente

Para nosotros cristianos, cada hombre es, además, imagen visible del Dios invisible; hermano por la carne y por la sangre del mismo Señor Jesucristo; por su ser circula la vida de Dios que lo hace de dimensión no simplemente humana: es de verdad, realmente, hijo de Dios.

Con cuánta admiración, diría casi, estupor, se acerca el hombre a esas modernas maquinarias gigantescas, verdaderas maravillas del progreso humano; cuánta preparación técnica requieren quienes se dedican a su funcionamiento y conservación. ¿Podríamos siquiera imaginar que la calidad única del ser humano, pudiera ser tratada a la ligera, sin la preparación específica y sin el respeto que requiere?

La medicina moderna ha venido insistiendo en que el tratamiento médico no puede reducirse a considerar solamente el aspecto corporal de los enfermos; que es la unidad psico-somática la que tiene que ser considerada en su conjunto y en la influencia que una parte ejerce sobre la otra. Lo que viene a confirmar el estilo de atención a los enfermos que ha sido característico de los ambientes cristianos.

El enfermo no es simplemente una máquina que no funciona, decíamos hace un momento. Es, en verdad, mucho más que eso. Es un ser humano que hay que atender; que va cargando con su propia historia personal; que tiene una sensibilidad; que se ve, frecuentemente, arrancado de los suyos para ir a un ambiente que no conoce; que la misma enfermedad lo hace enfrentarse a un complejo mundo de problemas sociales, económicos y religiosos; que todo esto afecta fácilmente su equilibrio emocional. Cuánta habilidad y cuánta discreción al mismo tiempo serán necesarias para todo el personal de los centros hospitalarios: desde el médico especialista, hasta el más modesto de los empleados.

Por el programa de los temas a desarrollar durante estas jornadas de pastoral hospitalaria descubro que la preocupación de ustedes es reflexionar no simplemente como profesionales, sino sobre todo, como apóstoles consagrados por vocación al ejercicio de una actividad que

repite el gesto más frecuente del Jesús de los Evangelios, del que nos dice san Marcos que: *le llevaron todos los enfermos y los endemoniados; y estaba toda la ciudad agolpada a la puerta. Y curó a muchos aquejados de diversas enfermedades y lanzó muchos demonios* (Mc. 1, 32). Y en otro lugar nos cuenta que *una gran muchedumbre siguió a Jesús... pues había curado a muchos, de suerte que se le echaban encima para tocarle cuantos padecían el azote de la enfermedad* (Mc. 3, 10).

Es la imagen de un Jesús que se conmueve a la presencia del dolor humano y que distribuye, sin límites, el servicio de su caridad eficaz entre quienes más lo necesitan.

Para quien vive de pensamientos cristianos cuántas reflexiones le suscita el acercarse al lecho donde un hermano padece; su presencia debe ser considerada como prolongación del Cristo que en este médico, en esta enfermera, vuelve a hacerse presente entre quienes ahora viven el sufrimiento. En otro sentido, la atención al enfermo es la atención al Cristo que todavía no termina su pasión y que en sus miembros sufre hasta que llegue el momento de la resurrección definitiva. Recordemos la expresión de Cristo en el Evangelio de san Mateo: *estuve enfermo y me visitasteis... porque en verdad os digo que cuando lo hicisteis con uno de estos mis hermanos más pequeños, conmigo lo hicisteis* (Mt. 25).

Es también el testimonio de solidaridad cristiana que nos hace sentirnos partícipes de la alegría y de la tristeza de los demás; responsables de acudir al servicio de quienes más lo necesitan. Oigamos cómo lo expresaba el gran apóstol san Pablo: *A la manera que en un solo cuerpo tenemos muchos miembros, y todos los miembros no tienen la misma función, así nosotros, siendo muchos, somos un solo cuerpo en Cristo, pero cada miembro está al servicio de los otros miembros* (Rom. 12, 4 ss.) y por consiguiente *si padece un miembro, todos los miembros padecen con él; y si un miembro es honrado, todos los otros se gozan a una* (I Cor. 12, 26).

Mi deseo es que estas jornadas de estudio acrecienten en ustedes los sentimientos de nobleza y desinterés de los que todos somos testigos; que reconociendo este dignísimo trabajo como ejercicio de la más pura caridad cristiana, encuentren en él estímulo eficaz para una santificación personal, y que invitados por el ejemplo de Cristo



El Dr. Ibararán leyendo su disertación

se renueven interiormente en una donación alegre, que no conozca más límites que el amor sin límites.

Bendigo de todo corazón los trabajos de esta Segunda Jornada de Pastoral Hospitalaria».

PONENCIAS

El doctor José Luis Ibararán en colaboración con el hermano Morales expusieron *Los trabajadores del campo de la salud y sus relaciones con sus pacientes*.

Manifestaron, que el placer de ejercer en el campo de la medicina está en relación directa a la habilidad de quitarse la máscara profesional y disfrutar de una sana relación personal con los enfermos, venciendo el miedo de que una relación personal revele imperfecciones y deficiencias, de que los problemas del paciente le afecten, que le pierdan el respeto por la intimidad, ser mal interpretado, etc. Otro obstáculo es el temor de aparecer humano por la creencia de que un profesional debe ser frío y distante en su trabajo.

Se puede ver en la forma impersonal de pasar visitas, la hostilidad que muchas veces sólo es una defensa contra la inseguridad, e incapacidad, sobre todo en principiantes que en sus primeras entrevistas tienden a protegerse ocultando así su aún precaria preparación. Actitud que produce en consecuencia médicos irritables, hostilidad, frustrados afectivamente. Situaciones éstas que han llevado a muchos al suicidio.

Hasta aquí sólo hablaron de la antítesis de las relaciones personales. Dentro de las tesis consideran muy importante: Respeto a los Derechos del paciente no interfiriendo en su vida privada. Tolerancia hacia las debilidades humanas. Conocimiento de sí mismo y del amplio aspecto del comportamiento humano. Generosidad, estar dispuesto a dar más de lo que se recibe. Honestidad, ser franco y natural, no representar papeles, aceptando su fragilidad y labilidad. Fe en que la gente es inherentemente buena. Confianza en que los demás no tratarán de aprovechar la intimidad que se les brinda y en que uno mismo es capaz de dominarse y aceptar los riesgos inherentes a un trato mutuo. Preocupación hacia y por los demás. Disciplina, mostrarnos firmes en nuestros propósitos de que los demás se vuelvan más accesibles. Disciplina propia para seguir nuestro progreso y desarrollo personal. Expresaron que la preocupación por simples problemas físicos no hagan olvidarnos de sus problemas emocionales. Sensación de encierro, rendición del Ego; ya que estar hospitalizado es regresar a la dependencia donde tiene que despojarse no sólo de su ropa sino en muchas ocasiones hasta de su nombre. Culpabilidad y angustia por la relación enfermedad, pecado, castigo. Ansiedad por el ¿qué tengo?; ¿cuánto me va a costar?; ¿cómo voy a quedar?; ¿cómo está mi negocio?; ¿me aceptarán de nuevo en el trabajo?

Todas estas preocupaciones podrían ser más tolerables si el médico y el resto del personal sanitario fuesen más accesibles. Por tanto, al ser hospitalizado un paciente deberá ser informado al menos sobre tres puntos clave: ¿Cuánto? Relacionado al costo de su atención.

¿Cuánto tiempo?... , esté encamado, tardaré en curarme, me queda de vida. A todo esto con frecuencia respondemos con evasión dejando que la incertidumbre y angustia hagan presa de nuestros enfermos. Si lo anterior pasa hay

que hablar claramente al enfermo y aceptar el error... es más tolerable al profesional soportar un error, que al paciente con todos sus temores. ¿Qué van a hacerme?... esta pregunta va desde el deseo que tiene el paciente de saber cómo y en qué consistirá su operación, cómo quedará después de ella, qué peligros tiene, etc., hasta la pregunta de qué es un hospital, cuál es su reglamento, sus días de visitas, etc. La hospitalización no deja de ser para



Padre Sandoval dictando su lección

cualquier persona una experiencia traumática y nosotros tenemos la obligación de atender no sólo la enfermedad, sino a nuestros enfermos como persona humana.

El padre Juan Sandoval, rector del seminario en Guadalajara, expuso en forma brillante y profunda *El sentido teológico de la muerte*. Inició su exposición refiriéndose a los filósofos para quienes la muerte ha sido un mismo misterio y no deja de serlo también para los cristianos que caminamos en la oscuridad de la fe, y la muerte no deja de tener oscuridad. Incide en los campos de la naturaleza, pecado y redención. Desarrollando el tema habló en primer lugar de la universalidad de la muerte siendo ésta no sólo la verdad de experiencia sino doctrina revelada. La Sagrada Escritura lo atestigua continuamente, Gn. 2, 16, el día que comieres de este árbol morirás. Expresó asimismo cómo la muerte no es total (Mt. 10, 28). *No tengas miedo a los que matan el cuerpo, que el alma no pueden matarla.*

La Sagrada Escritura atestigua la procedencia de la muerte a partir del pecado en el Génesis: *Del árbol de la ciencia del bien y del mal no coman porque el día que de él comieres morirás* (Gn. 2, 16-17). La muerte es por tanto el sueldo del pecado. *Cristo, habiendo tomado sobre sí los pecados de todos los hombres, se hizo pecador por nosotros y permitió que ocurriera en él la muerte que proviene del pecado y con su obediencia deshizo la injusticia de la desobediencia del primer hombre* (Rm. 5). En el bautismo ocurre un morir, el bautizado es alcanzado por la muerte de Cristo y por su resurrección; sepultado en el agua con Cristo muerto y sacado del agua con Cristo resucitado. De ahí nacen las exigencias de una existencia nueva. La muerte es por tanto la última y suprema posibilidad de participación en la muerte de Cristo. En ella expresa el cristiano cuando la acepta con su deseo de

plena incorporación al misterio de Cristo, muerte y resurrección. Concluyó diciendo que el hombre puede librarse del juicio bajo el padece como pecador, no de manera que se ahorre el morir, dándole a éste un sentido nuevo, se le concede que padezca la muerte en comunidad con Cristo; con obediencia, y amor, como él para gloria y resurrección como él. Así lo confirma un prefacio cuando dice: *Porque para tus fieles Señor, la vida no termina, se transforma, y al deshacerse la casa de nuestra habitación terrenal se nos prepara en el cielo eterna morada.*

Concluida la profunda y completa exposición del padre Juan Sandoval de la que sólo se sintetiza una mínima parte; el padre Fernando Lugo maestro también del seminario mayor intervino con el tema *Sentido y Dimensión de la Enfermedad en la Sagrada Escritura*, que expuso con serenidad en forma bastante amena.

Comenzó su exposición con unas palabras del Génesis en las que claramente se ve cómo Dios quiere la felicidad de las criaturas y por tanto las ha creado saludables y no se goza en la muerte de ninguna. Pero de mil formas concretas en la vida de los hombres aparece la enfermedad con su cortejo de sufrimientos, planteando un problema a los hombres de todos los tiempos y las respuestas varían según los hombres y las distintas filosofías. Expresó cómo para nosotros los cristianos, a la luz de la fe, a la luz de la revelación, la enfermedad es todo lo dura y lastimosa que se quiera; pero es una realidad con un profundo significado. Siendo un reto a la conciencia cristiana y un desafío para el hombre de fe. En primer lugar puntualizó el significado simbólico; siendo las dolencias físicas símbolo del estado en que se encuentra espiritualmente el ciego, sordo, paralítico, etc., delante de Dios. En segundo lugar dijo: la enfermedad agudiza en el paciente la conciencia de su verdadero estado; cayendo en la cuenta que *ante Dios sólo es una sombra pasajera* (Salmo 39). Puede ser en tercer lugar providencial prueba destinada a mostrar la fidelidad del hombre *Dichoso el hombre a quien Dios corrige*. Él es quien hace la herida, él la venda, él es quien hiere y cura a los humanos (Job). Finalmente nos hizo reflexionar sobre el valor redentivo de la enfermedad que nos asocia a los sufrimientos de Cristo: *Me alegro cuando me tocan las enfermedades, humillaciones, necesidades, persecuciones y angustias por Cristo*. Cuando me siento débil entonces soy fuerte (san Pablo). Sin la fe la enfermedad y el dolor que la acompaña como fiel servidora carecen absolutamente de sentido. Aunque la enfer-

medad tenga un significado no es nada fácil de soportar, sigue siendo una prueba y es signo de humanidad y caridad cristiana ayudar al enfermo a sobrellevar su enfermedad. La ciencia coopera con las fuerzas de la naturaleza en el restablecimiento de la salud perdida pero es de Dios de quien nos viene la salud. Con este tema expuesto en forma agradable y sencilla terminaron las actividades de la mañana del primer día de la jornada.

El equipo de ambientación se hizo cargo de todos los intermedios y de una manera esmerada mantuvo la alegría y creó un ambiente de fraternidad, verdadero diálogo y acercamiento.

La sesión de la tarde iniciada con mayor asistencia y animación principió con la brillante ponencia del moralista maestro también del seminario mayor. Pbro. Felipe de Jesús Campos quien expuso el tema *Acción Deontológica, Ética y Moral en el campo médico hospitalario*. Tema que despertó grandemente el interés de todos los asistentes. Inició la exposición señalando lo necesario e indispensable que es hablar del deber médico como una realidad siempre nueva, compañera inseparable de sus actitudes. El ethos del médico se nos presenta como una vocación auténtica de servicio; una dedicación a los valores de la vida, del sufrimiento, del dolor físico, que son factores de máxima trascendencia en el desarrollo del hombre. Puntualizó cómo esta misma vocación de servicio al prójimo, al hombre enfermo que lo necesita, fundamentó su responsabilidad humana y constituye la dinamicidad que promueve el esfuerzo de superar con el estudio continuo la propia ciencia y las habilidades. El fundamento básico de este desarrollo humano se encuentra en que el hombre ha sido hecho para abrirse a los demás, en un encuentro personal y no con objetos y cosas. Debiendo subrayar esta fundamental exigencia de no objetivizar, despersonalizar al enfermo; y de no perder el sentido humano en el ejercicio de la profesión.

El consagrar la vida al servicio de la humanidad, el ejercer la profesión con ciencia y dignidad, el respetar la persona del enfermo y otros muchos factores muestran la nobleza de una vocación digna de la mayor estimación y respeto. La enfermedad y el sufrimiento, el dolor y la angustia, son como la inseparable escolta del hombre en su lucha por sobrevivir y por realizar su plenitud. En este punto nació la profesión del médico que sintió también el dolor de su persona y asoció en su ser, el dolor de los demás. Expuso cómo desde una perspectiva teológica actualizada, el presupuesto básico de toda moral es el conocimiento total del hombre; para conocerlo mejor, servirlo mejor y ayudarlo a progresar en su amor a Dios y al prójimo. Al hablar de la orientación moral que el profesional médico debe dar a sus actividades no debemos relegar la cuestión a un campo especulativo como si se tratara de la ciencia en cuanto tal. Es el médico, su persona, quien debe moverse dentro de este orden objetivo moral. Es él quien debe respetar la vida, la dignidad, los derechos del enfermo. Su Santidad Pío XII varias veces lo señaló advirtiéndole que quien sigue solamente su opinión a juicio subjetivo corre el riesgo de caer no solamente en la moral de situación, sino también en la inmoralidad. El médico bien sabe que en todas sus acciones debe responder delante de Dios y de su conciencia. La moral por su parte no tiene como fin condicionar o determinar los límites de los derechos y deberes del médico como persona.



Participantes en la asamblea

La urgencia de ver en el enfermo la dignidad de una persona, de un hermano que sufre que es el que fundamenta y da sentido a los deberes de médico y de todos aquellos que trabajan en los hospitales. Enfatizó lo indispensable que es el estudio del secreto profesional entendiendo no como un tabú que obligaría al médico a ser cómplice dispuesto al crimen por un silencio injustificado, sino la base del pacto de fidelidad y confianza que liga al médico con el enfermo, elemento esencial de ethos médico. Refiriéndose a los capellanes expresó: Como ministros de Cristo y dispensadores de los misterios de Dios tienen en sus manos el corazón del enfermo cuando está tal vez mejor dispuesto y tiene más necesidad de Dios. Puede sintetizarse la actitud de los capellanes hacia el enfermo en dos palabras: *Servicio* y *Testimonio*. Servicio que suponga entrega total para visitar pacientemente a sus enfermos para atenderlos, ganarse confianza para insistir, insinuar las verdades de la vida sobrenatural para evangelizar plenamente. Con respecto a la enfermera: Tiene ella también una vocación de servicio y de amor que, a través del enfermo, se convierte en expresión de auténtica caridad hasta Cristo el Señor. Por lo que la enfermera religiosa y no religiosa debe ser el testimonio de la caridad de Cristo que en forma sencilla, alegre, generosa, pasa por corredores y salas y cuartos haciendo el bien. Es ella la que debe compartir el dolor y la esperanza del enfermo con hondo sentido de solidaridad de espíritu. Por lo que la moral exige de toda enfermera una formación seria, una capacitación técnica a conciencia, para poder ser la ayuda del médico y testimonio de caridad ante el enfermo. El orden moral no consiste en una simple negación; no harás esto; esto otro es pecado; está prohibido, sino en lo positivo de un deber que por amor a Dios se emprende con entusiasmo. La moral no son barrotes de una jaula, de una prisión, sino los escalones que nos conducen a las alturas de la libertad de los hijos de Dios.

A esta sustanciosa y aplaudida ponencia siguieron los comentarios hechos por el hermano Roberto Morales, O. H.; Dr. Ibararán, Dr. Rivero, Dr. Godínez, Dra. Cortés y enfermera Navarro quienes con sus comentarios enriquecieron aún más el tema, dándole mayor comprensión y claridad. Luego se presentaron varios casos de moral que despertaron el interés de la asamblea surgiendo espontáneamente a más de los casos previstos otros planteados por los asistentes a los que el padre Felipe de Jesús Campos contestó en forma clara, prudente y acertada, interviniendo oportunamente para responder a los casos algunos de los comentaristas ya citados. Fue esta una tarde de gran animación, interés e inquietudes generales. Se dio fin a las actividades del día con la presentación de un pequeño resumen del día sintetizando los temas tratados por la Madre Carmen.

SEGUNDO DÍA DE LAS JORNADAS

Con un entusiasmo aún más creciente se iniciaron las actividades del segundo día de las jornadas aumentando el número de los asistentes que dieron un tinte de mayor interés y alegría dentro del aula que lucía adornada con carteles y posters alusivos a los temas del día, preparados con esmero y puestos oportunamente por el equipo de ambientación.

Tocó abrir las actividades del día al padre Federico Jiménez quien presentó un esmerado trabajo sobre el nacimiento de los hospitales y la historia de los mismos en México. Tema que resultó de gran interés a todos los asistentes. Inteligentemente fue desarrollando parte por parte estas interrogantes ¿Cómo fue entendida la idea de caridad? ¿Cómo fue vivida? ¿Qué modulaciones le fue dando el hombre al transcurrir de los siglos y en qué condiciones llegó a América para hacer surgir aquí en Nueva España la gran obra de sus hospitales? Esta nueva filosofía de la vida; nos dijo, nació con la llegada de Cristo y el enfermo, el pobre y desdichado fueron conceptuados como los dignos de las bienaventuranzas y ofrece a quien ofrece la caridad un lugar preminente en el reino de los cielos. Atender a los enfermos fue una de las actividades a que se entregaron los primeros cristianos. En el siglo IV empezó a realizarse la caridad en un sentido religioso social a través de organizaciones benéficas que le iban creando; siendo famosas las de Constantinopla, Roma, Capadocia, etc. En la Edad Media las obras de caridad cobraron un auge extraordinario desembocando en el siglo XV llamado siglo de los hospitales. Explicó ampliamente cómo el concepto de lo que es un hospital actual es tan diferente al de aquellos tiempos en que un hospital era en general una casa donde se recibía a todos los necesitados: pobres, enfermos, peregrinos, huérfanos. Otros se denominaban hospitales siéndolo realmente. En estas instituciones se atendían de un modo especial las necesidades espirituales, por eso la vida del hospital giraba siempre en torno de una iglesia, una catedral o un convento. Pudiéndose decir que la finalidad primordial de la obra hospitalaria de la Edad Media era conseguir la vida eterna. Mientras que la preocupación primera de estas obras en la Edad Moderna es conseguir la vida terrenal. Entre las circunstancias que hicieron nacer las obras hospitalarias señaló: la peste, la lepra, surgiendo así médicos, cirujanos, enfermeras, y hasta comadronas de apesados. A través de la Edad Media el enfermo no puede ser despreciado sino por el contrario amado respetuosamente. Los leprosos eran llamados *Los enfermos de Dios*. La obra de los hospitales preocupó en gran manera a la Iglesia ocupándose de ellos sínodos y concilios así puede verse en el de Aquisgrán que hace una verdadera legislación para la construcción de hospitales. Y en esta época tan grande la compenetración de la Iglesia y el pueblo que nos es posible hacer una separación absoluta en sus obras Reyes y obispos entregan sus bienes para la fundación y sostenimiento de los hospitales. Explicó luego, cómo la aparición del protestantismo colocó al hombre al margen de todas las obras de caridad, y comienzan a nacer los hospitales reales como responsabilidad cívica. Mencionó a España como país digno de destacarse al considerar el grandioso movimiento hospitalario iniciado por san Juan de Dios en Granada. Y en Inglaterra consideró digno de recordarse a Tomás Moro que con respecto a la obra hospitalaria decía: No es ni caridad, ni altruismo, sino un elemento indispensable en la vida de una ciudad; cuya organización se basa en la más rígida justicia social. Habló luego en forma bastante amplia de la obra hospitalaria en América que nace con característica muy semejante a la de la Edad Media en Europa. Señaló lo desastroso que fueron las enfermedades del nuevo continente al sumarse con las traídas por los conquistadores. Paso

seguido hizo una enumeración de los hospitales más sobresalientes en América señalando como primero el de san Nicolás de Bari establecido en las Antillas. Gran interés despertó en todos los asistentes la narración que hizo sobre la obra hospitalaria en México, iniciada en el siglo XVI gracias al celo incansable de Vasco de Quiroga, Bernardino Alvares y Fray Juan de San Miguel, Pedro López, Francisco de Villafuentes y Juan Bautista Moya, dedicados a aliviar el dolor humano en las grandes epidemias de viruelas, sarampión, tifus, paperas, pujamiento de sangre enfermedad ésta última que según Torquemada causó unas 800 000 víctimas. Enumeró luego las órdenes religiosas que más sobresalieron en Nueva España por su dedicación a los enfermos: franciscanos, agustinos, clérigos regulares y especialmente los frailes hospitalarios. Los franciscanos emprendieron una activa campaña resaltando entre todas las obras de la Iglesia la de Don Vasco de Quiroga quien para ayudar al indígena fundó los originalísimos hospitales de Santa Fe en México y Michoacán. Nos invitó a admirar la labor realizada por los agustinos fundadores del hospital de Tiripetío, Michoacán, alrededor del cual giraba toda la vida del pueblo. Importante también nos dijo, fue la labor hospitalaria realizada por Bernardino Alvarez. Nació en España que llegó como soldado de México y se dedicó a servir a los enfermos en el hospital de la Limpia Concepción fundando después una institución que a todos diese amparo: viejos, locos, convalecientes, pobres, etc. Fundó el hospital anexo a la Iglesia de san Hipólito y los religiosos de la caridad de san Hipólito, para perpetuar su obra, dedicados especialmente a la atención de enfermos mentales. Habló luego de la gran labor realizada por los hermanos de san Juan de Dios llegados a México en el siglo XVI marcando para Nueva España una época nueva. En la epidemia de 1736 albergaron unos 885 apestados y atendieron alrededor de 9402. Muriendo víctimas de la epidemia unos 17 religiosos.

Expresó su gran admiración por esta orden que en el mismo siglo de su llegada estableció 15 hospitales en Nueva España. Elogió otras órdenes religiosas hospitalarias: antoninos, betlemitas, camilos, canónigos regulares de san Agustín. Enumeró otros hospitales fundados por cofradías, por obispos. Dignos de mencionarse es y será siempre el grandioso hospital obra del Ilustrísimo Sr. Alcalde donde podrán ser atendidos unos 1000 enfermos; contaba dicho hospital con un templo, convento y cementerio. Construido en el terreno que el ayuntamiento cedió a los betlemitas. Actualmente es el hospital Civil. Recalcó como algo importante en la obra hospitalaria en México la llegada de los hermanos de la Caridad quienes dieron dignidad a la obra con su conducta. Concluyó su interesante y bien documentada exposición hablando de la situación de los hospitales en México que resultaron afectados por las leyes de Reforma que decretaron la supresión de órdenes hospitalarias y los hospitales quedaron dependiendo de los gobiernos de los estados.

Concluida la extensa e interesante ponencia del padre Federico Jiménez que fue largamente aplaudida, el padre Arnulfo Jaime miembro también del clero diocesano y capellán del hospital de Santa María de Chapalita, narró en forma sencilla a la vez que interesante las experiencias que sobre pastoral hospitalaria ha tenido en este hospital a su cargo; y las actividades que realizan jornadas, retiros, homilías, atención personal al enfermo, refle-

xiones, charlas, trato y atención a médicos y enfermeras, celebraciones especiales, etc. Presentó también los proyectos que tienen para mejorar; entre ellos ofrecer al enfermo que ingresa una ficha donde le especifican todos los servicios que para la atención espiritual tiene el hospital. Liturgia eucarística, dirección espiritual, consulta, entrevista, folletos catequísticos para preparar a la recepción de sacramentos, biblioteca de lecturas formativas y espirituales avisos, y preparación de los familiares en estos aspectos. Proyectos que lograron despertar la inquietud por buscar nuevos y mejores caminos para mejorar la pastoral en otros hospitales.

Los trabajos de esta mañana en el segundo día de la jornada dieron fin con la intervención del coro infantil de la Universidad de Colima que ofrecieron una buena selección de su repertorio dando a este día segundo mayor entusiasmo y animación.

Por la tarde la sesión fue iniciada con la intervención del padre José de Jesús Haro distinguido sacerdote y maestro del seminario mayor quien con bastante claridad y amenidad trató el tema: *Evangelización, catequesis y sacramentalización en los hospitales*. En primer lugar expresó que la Iglesia ha recibido la misión de anunciar el Evangelio como forma de hacer presente el reino de Dios y hacerlo brillar entre los hombres por medio de la caridad, abnegación y humildad de la Iglesia; insistió que la tarea de evangelizar no es competencia exclusiva del capellán



Hermano J. Angel Azpiroz
durante su intervención en la asamblea

del hospital, sino urgencia de todos cuantos colaboran en los diversos servicios asistenciales del mismo. Enumeró como formas de hacer presente el reino de Dios a los hombres que padecen, la evangelización, la catequesis, las homilías, los sacramentos.

Después de hablar sobre cada una de estas formas de hacer presente el Reino concluyó diciendo: que el camino previo a recorrer antes de todo intento de anuncio evangélico será siempre la caridad cristiana en un servicio abnegado.

Expuso luego la visión que se ha tenido de la enfermedad en la Sagrada Escritura tanto en el Antiguo como el Nuevo Testamento.

Tocó cerrar la serie de las ponencias de la jornada al

hermano Justo Azpiroz, O. H., Pbro. que desarrolló con gran conocimiento sobre la materia el tema: *Servicio religioso en el hospital*. Inició haciéndose notar cómo consultando la historia tanto religiosa como profana de la humanidad, encontramos que uno de los problemas que se ha planteado desde sus comienzos han sido el dolor y la enfermedad y la historia eclesiástica ha puesto de relieve el esfuerzo que la Iglesia ha hecho a lo largo de los tiempos, y según sus posibilidades, para enfrentarse al dolor y enfermedad que padecen los hombres. Hizo alusión a la Sagrada Escritura donde Cristo siente como una especie de predilección por el pobre, y el enfermo, constituyendo a su Iglesia continuadora de su obra en el mundo. Y la Iglesia en el servicio al enfermo pone en práctica las obras de misericordia. Habló luego del enfermo que sigue siendo sujeto de derechos y deberes, ya que conserva su dimensión total como individuo y a quien no debe considerarse como ser aislado sino como un ser que vive en sociedad. Refiriéndose a la tarea del capellán expresó que éste no puede ser el hombre universal que sirve para todo, sino el que tiene como tarea primordial crear y despertar responsabilidad y honradez en el trabajo ético profesional, crear clima de colaboración, amistad, confianza y apertura así como prestar oportuna ayuda espiritual y administración de Sacramentos. Luego a manera de orientación dio a conocer el artículo 167 del Reglamento General de los Institutos Hospitalarios de san Juan de Dios. Insistió en las tres funciones eclesiásticas en la promoción y difusión del mensaje evangélico: profética, litúrgica y caritativa y la forma de ejercer estas funciones a nivel personal religioso, personal médico auxiliar y enfermos. Habló finalmente de la dignidad del enfermo y el respeto a la libertad de su conciencia a su religión. Considera ideal el que hubiera una buena coordinación entre ministros de distintos cultos entre sacerdotes y médicos para brindar en el plano espiritual mayor ayuda a los pacientes. Fue con estas buenas ideas como el padre Justo Azpiroz, O. H. dio fin a la serie de ponencias en esta segunda jornada.

Los comentaristas de las Jornadas Dr. Gutiérrez, Dr. Suazo, Dr. De la Torre, Dra. Fierro y Madre Váldez, estuvieron muy competentes y precisos en los resúmenes de cada ponencia.

Al finalizar, los 472 participantes aprobaron por unanimidad absoluta las conclusiones sacadas y presentadas por el hermano Morales, quien dirigiéndose al Sr. Sahagún, obispo auxiliar solicitó su apoyo para que en la mayor brevedad posible se pongan en práctica.

Intervino la hermana Angélica Navarro en representación de la FREM de México quien elogió las actividades realizadas por el hermano Roberto a quien ya se le llama merecidamente *El alma de la FREM*.

Y llenos de entusiasmo los directivos de otras entidades pidieron al Sr. obispo que este tipo de Jornadas se realizaran también en otros Estados de la República, pidiendo la dirección y colaboración del hermano Morales.

Hizo la clausura de estas segundas Jornadas de Pastoral Hospitalaria, el Excmo. Sr. obispo auxiliar, Antonio Sahagún, quien expresó su admiración por el esfuerzo,

entusiasmo e inquietudes de mejoramiento de todos los presentes. Felicitó por los trabajos realizados y conclusiones presentadas las que aceptaba con muy buena gana, y esto bromeando con el hermano Roberto al que daba su total conformidad. Invitó a un constante esfuerzo y búsqueda de nuevos y mejores caminos. Prometió su apoyo y elevó unas preces en unión de toda la Asamblea en acción de gracias al Señor.

Madre CARMEN VALDEZ
Franciscana

PRIMERAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA EN LA DIÓCESIS DE TOLUCA

Este evento tuvo lugar durante los días 26 y 27 de junio del presente año y se llevó a cabo en el Hospital General «Adolfo Mateos», siendo patrocinado por el señor Gobernador del Estado.

En su día y hora, inició las jornadas el hermano Morales con un cordial saludo de bienvenida a los 237 participantes y seguidamente expuso su primera lección «Qué significa para el hombre de hoy Enfermedad-Iglesia-Sacramentos». Todos quedamos impresionados y motivados por esta intervención, la que mereció grandes elogios y comentarios de felicitación por los asistentes, especialmente por los alumnos de medicina y enfermería.

A continuación se hizo la apertura de las jornadas por monseñor Enrique Reyna, quien en su mensaje de estímulo para que se lleve a cabo esta acción pastoral en la Diócesis, enfatizó que estaba plenamente de acuerdo con el hermano Morales, ofreciéndole todo su apoyo personal.

Los temas que se desarrollaron y que fueron del mayor agrado de los asambleístas fueron: La enfermedad en la Biblia, señor cura, Carlos Arzate, Pbro; Formación del personal de enfermería, señorita Graciela Nerja, directora del IPIM; La jerarquía debe impulsar la Pastoral Hospitalaria, monseñor Enrique Reyna; Ética y moral en el campo hospitalario, monseñor Víctor Díaz; Comentarios y preguntas dirigidas por el hermano Morales; Teología, Pastoral Hospitalaria y desarrollo de la misma, hermano Roberto Morales, O. H.; Problemática de la Pastoral en los hospitales de México, hermana Mercedes Fajardo; Evangelización en los hospitales, padre Felipe Arizmeñdi; Exigencias requeridas por el hospital de hoy, doctor fray Alfonso Aguilar, S. S. C. C.; Servicio religioso en el hospital, padre Carlos Anaya, capellán; Conceptos generales de la enfermedad, doctor José Luis Márquez, presbítero; Conclusiones por todos los participantes y celebración de la Eucaristía con Unción de enfermos.

Nuestro asesor religioso, hermano Roberto, y todo el grupo de Guadalajara, queremos hacer constar nuestro sincero agradecimiento a sor Isabel religiosa Josefina de México que junto con su madre Provincial tantas atenciones tuvieron con todos nosotros durante nuestra inolvidable estancia en Toluca.

Hermana IMELDA MARCIEL
Hospital Santa Margarita

BIBLIOGRAFIA

CANTORAL

LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD

Editorial PPC. Jardiel Poncela, 4. Madrid.

Música para una profunda meditación e interpretación del dolor. Obra pionera en su tema de la enfermedad del cristiano, pone al servicio de los hospitales y parroquias un rico arsenal de cantos religiosos bíblicos con su extenso, profundo y variado repertorio.

SE PUBLICA BAJO LOS AUSPICIOS DE LA FERS

PASTORAL SANITARIA

Distribuye PPC. Pedidos en principales librerías.

Un libro en línea y oportuno. Los autores están consagrados al mundo del enfermo y los temas, en su conjunto, forman un buen armazón de pastoral sanitaria: nociones, fundamentos, acciones y perspectivas. Un buen *manual* para reflexionar y ahondar. Quienes están en contacto con los enfermos no pueden dejar de adquirirlo.

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Editorial JIMS. Barcelona.

Un libro dedicado íntegramente a la enfermería, un volumen práctico para enfermeras; en él encontrarán las profesionales temas como los siguientes: técnicas de un departamento de enfermería, aplicación práctica, interrelaciones laborales y profesionales de la enfermería con las otras dependencias del hospital...

Buena encuadernación, 10 figuras, numerosos gráficos. No deje de adquirirlo.

JUAN BAUTISTA PENCO

LA ASISTENCIA SOCIAL A LA LUZ DEL EVANGELIO

Ed. Euramérica. Madrid.

El autor parte —como su título indica— del Evangelio, de un modelo concreto como es Jesús frente a los demás.

En medio de tantos modelos frágiles y superficiales como vivimos hoy los humanos se hace más urgente el asomarse

a aquellos cuyos gestos son siempre de actualidad; y cuando es en servicio de los otros se ve más necesario. El Asistente Social en continua relación con los otros —encontrará aquí un buen arsenal para su comportamiento.

JOSÉ L. REDRADO

CONSTANTINO SERRALLONGA

ESTUVE ENFERMO...

Ed. La Hormiga de Oro. Barcelona.

«Estuve enfermo...» es un pequeño libro —45 pág.— que nace de la experiencia de enfermedad. La reflexión que el autor nos hace no es ni más ni menos que su propia vivencia desarrollada en el transcurso de su enfermedad; varios meses de convalecencia son un buen momento para pensar muchas cosas.

JOSÉ L. REDRADO

JEANINE CARRETTE

UN NIÑO COMO LOS DEMÁS

(Diario de una madre). Ed. Atenas.

¿Qué pasa en el interior de cada persona que ve, que cree que no es como los otros a causa de una disminución física, por enfermedad, accidente, etc.?

Un mundo nuevo, casi sin explorar. Un mundo donde se han volcado muchos sentimentalismos y falsas caridades. Un mundo que, por más que le demos vueltas —no es un mundo como el de los demás, no lo queremos, no lo permitimos, nuestros egoísmos inconscientes nos lo impiden.

He aquí un libro que nos introduce en un montón de posibilidades, que nos deshace infinidad de prejuicios y nos hace pensar que lo que hace desiguales a los hombres no es la disminución física, sino la falta de amor. Quienquiera que lea este libro leerá la historia de una madre que trabajó por dar sentido a la vida de su hijo minusválido hasta llegar a ser un niño como los demás.

JOSÉ L. REDRADO

FRANÇOIS CHALET

LOS LOCOS CREYENTES

Atenas.

Unos hechos que fueron Apostólicos traducidos a nuestro mundo, en su for-

ma, expresiones y vivencia. Una reflexión crítica de nuestras ideas y de nuestros hechos. Esto y más nos ofrece este libro. Cogedlo para meditar y reflexionar serenamente.

JOSÉ L. REDRADO

FRANCISCO SERRA ESTELLÉS

¿POR QUÉ SEGUIMOS CREYENDO?

E. Sígueme (Atenas).

En su obra el autor trata de responder al interrogante con el que da título a la misma. Pero su respuesta no es un acúmulo silogístico de razones teórico-doctrinales aptas para una lección magistral.

Desde su propia existencia, base en la que se encarna su fe, Serra Estellés reflexiona con sencillez, al mismo tiempo que profundidad, todo aquello que cuestiona o interpela a la misma.

Su reflexión valiente y decidida, pero también seria y comprometida, da un verdadero valor a este libro que se lee con auténtico interés.

MIGUEL MARÍN

DIETRICH BONHOEFFER

CREER Y VIVIR

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

El presente libro reconstruye, ayudándose de algunas colaboraciones de alumnos del autor, el curso de eclesiología que el mismo dio en el año 1932.

Dentro de un contexto de lógica y reflexión teológica de gran calidad resulta especialmente significativa la intuición que Bonhoeffer posee sobre determinadas problemáticas en las que hoy toca desenvolverse a la Iglesia.

Libro interesante que recoge con exactitud parte de la ideología del gran teólogo alemán.

MIGUEL MARTÍN

LOUIS EVELY

LA COSA EMPEZÓ EN GALILEA

(tres tomos). Ed. Sígueme.

Se trata de una reflexión sobre la palabra de Dios para los domingos en sus tres ciclos. Reflexión serena, sencilla, que ayudará a captar mejor la celebración.

JOSÉ L. REDRADO

CATINAT, JEAN

LA IGLESIA DE PENTECOSTÉS

Edic. Studium, Madrid, 1975.

Volumen de la colección «La Biblia en la Historia», nos describe de una manera sencilla y gráfica los primeros veinte años de la Iglesia cristiana, que van desde las apariciones de Jesús resucitado, 30-33 p. C. hasta la asamblea de Jerusalén, 49-50 p. C.

Texto de fácil lectura y comprensión, bien documentado, en el que el autor, sin hacer grandes alardes, nos da una visión clara de la Iglesia primitiva, llena de problemas y dificultades, la cual puede resultarnos muy aleccionadora en el tiempo actual.

CARBO

ERNESTO CARDENAL

EL EVANGELIO EN SOLENTINAME

Ed. Sígueme, Salamanca, 1975.

Solentiname es un archipiélago en el lago Nicaragua. Aquí se ha proclamado la Buena Noticia a los pobres, a los campesinos, a los que la necesitan. Ernesto Cardenal, contemplativo y poeta, discípulo de Tomás Merton, es el vocero para la gente sencilla. Pasajes evangélicos comentados versículo a versículo, con ingenuidad, delicadeza y vida. ¡Qué bien entienden los pobres la Buena Noticia! ¡Qué regusto da saborear sus expresiones, la ingenuidad de esa gente que escucha sin trabas, sin resistencias, sencillamente. Es todo un acercamiento a la vida.

JOSÉ L. REDRADO

BERNARDA DELARGE - DR. EMIN

EL LIBRO DE LA VIDA Y DEL AMOR

Ed. Studium.

Iniciar a los niños en la vida, el amor, la sexualidad no es una tarea fácil; con frecuencia los padres no atinan, no comprenden. Esta obra doble —para niños de 8 a 14 años y niñas de la misma edad— puede servir de guía; parte de la experiencia, es sencilla, ayuda tanto al niño (un pequeño libro está dedicado a ellos), como a los padres, por las explicaciones aparte que son de su interés.

JOSÉ L. REDRADO

SURGY Y OTROS

LA RESURRECCIÓN DE CRISTO Y LA EXÉGESIS MODERNA

Ed. Studium.

«Si Cristo no ha resucitado vana es nuestra predicación y vana es también vuestra fe» No es posible subrayar mejor la importancia que con estas pala-

bras del genial acuñador de frases que es san Pablo. Nada extraño, por tanto, que la asociación católica francesa para el estudio de la Biblia pensara en ella como tema del congreso en Angers.

Lo que el congreso perseguía era, estudiar y reflexionar sobre el testimonio que da hoy la Iglesia del resucitado.

Veámoslo a través de esta obra.

Fray JOSÉ GARCÍA SIERRA

WOLFHORT PANNEMBERG

LA FE DE LOS APÓSTOLES

Ed. Sígueme, Salamanca, 1975.

Es indudable que los enunciados del credo apostólico se han hecho muy incómodos para la conciencia moderna de los cristianos de hoy.

El espíritu es la realidad presente de Dios.

Jesús anunció a Dios como al Dios viviente, como el Dios del reino futuro.

Fray JOSÉ GARCÍA SIERRA

PIERRE BENOIT

EXÉGESIS Y TEOLOGÍA

Ed. Studium.

Con esta obra el autor se propone aportar su contribución a un tema o problema de suma actualidad: ¿En qué medida podemos todavía llegar a Jesús en su realidad histórica? El género literario de los evangelios y la visión de la fe que los inspiran ¿aseguran o impiden un acceso auténtico a la persona del Maestro? ¿Quién es pues este hombre?

El autor se esfuerza en descubrir el retrato de su persona a través de su mensaje.

Fray JOSÉ GARCÍA SIERRA

MAX HORHEIMER

HEINZ R. SCHLETTE

CLAUS WESTERMAN

ALBERT GORRES

KARL RAHNER

EL CUERPO Y LA SALVACIÓN

El cristiano de hoy dice ser amigo del cuerpo.

Lo importante es hacer buen uso de la libertad que Dios da a sus criaturas:

—Un garrote de madera no puede hacerse blando como la hierba en el momento de ser usado.

—O que el cerebro, con cuya ayuda pensamos, nos negaría su cooperación tan pronto como intentaremos pensar. Que en ocasiones Dios cambie el curso de la materia, es lo que llamamos milagros. Pero del concepto de un mundo común estable, se deduce que estas ocasiones deben ser sumamente raras.

Ya desde un principio deberá conceder el cristiano que sabe poco del cuerpo. Le falta conocimiento experimental, lo mismo que a un ciego le falta la experiencia de la visión.

Por lo tanto no puede realizar una conversión radical y repentina hacia o contra Dios que abarque a todo el hombre en una sola opción. Su libertad debe realizarse en el tiempo. Dado que esta libertad no está situada a la altura de una intuición puramente espiritual.

Todo esto nos lo ayudan a descubrir los autores de esta obra.

Fray JOSÉ GARCÍA SIERRA

JEREMÍAS, JOACHIM

TEOLOGÍA DEL NUEVO TESTAMENTO

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

El autor de la presente obra, va esclareciendo con profundidad las palabras de Jesús, valiéndose de la ciencia que en materia exegética le caracteriza.

A través de los siete capítulos en los que divide la obra, se van descubriendo nuevos valores que en sí contiene la Palabra de Dios, sobre todo en puntos básicos que hacen relación a una mayor vivencia y compromiso cristiano.

La obra muy densa en sí misma y de gran contenido teológico, requiere no sólo ser leída, sino meditada con serenidad.

Todo cristiano y con mayor razón el sacerdote y religioso, no puede tranquilizarse con el sólo asentimiento de fe en las palabras de Jesús; dada la problemática de los tiempos actuales, precisa al mismo tiempo de apoyo científico, el cual sin duda alguna, le ayudará a consolidar su fe en mayor amplitud. Por todo ello, creo merece ser leída la obra, principalmente por personas dedicadas a la acción pastoral y docente.

Fray EMILIANO RODRÍGUEZ

JAIME R. LEBRATO

JUNTO AL EROTISMO

Ed. Studium.

¿Es hoy la castidad un valor? El autor intenta decirnos algo sobre el particular. De las dos partes de este pequeño libro —111 páginas— la primera centra la atención en algunas ideas vistas en un mundo erotizado; y en la segunda se relatan varios testimonios —¿Por qué vive usted la castidad?. Es una entrevista con una niña de doce años, varios jóvenes, dos religiosos, un formador, un sexólogo, una madre soltera... En fin, un abanico de criterios y razones.

JOSÉ L. REDRADO

INDICE GENERAL / 76

ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES

- Valoración presente y futura de las necesidades de los ancianos, 21, 70, 158
- Responsabilidades del directivo, 24
- Derechos de la persona enferma, 25
- Enfermería y medicina. Una profesión vista desde la otra, 32
- Declaraciones del Ministro de Gobernación sobre la Sanidad española, 60
- Consideraciones acerca de la contabilidad y su lenguaje, 65
- Los medicamentos y las órdenes religiosas, 67
- El deporte y los minusválidos, 100
- Un siglo de asistencia psiquiátrica en San Baudilio, 107
- Opiniones de los usuarios sobre la asistencia hospitalaria, 124
- Reivindicaciones para una profesión, 132
- El hospital de Barcelona y su organización, 148
- El servicio de limpieza en el hospital, 153
- El futuro de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios, 155

PASTORAL HOSPITALARIA

- El niño y la muerte, 6
- Nuestro mensaje a los enfermos, 27, 82
- Para una pastoral con el canceroso, 30, 78
- Testimonio apostólico de los religiosos en el ambiente religioso, 74
- Pablo VI orienta nuestra acción hospitalaria, 86
- Los enfermos, ¿unos olvidados?, 128
- Comprometidas con el que sufre, 133
- Código para enfermeras, 134
- El enfermo signo sacramental de Cristo, 163
- El problema moral del aborto, 168
- La relación de ayuda al enfermo canceroso, 173

NOTICARIO

- Carta a un amigo que se fue, 34
- Evocación, 35
- Carta de Guatemala, 35
- Inauguración de un servicio farmacéutico, 36
- Simposio sobre el acercamiento al moribundo, 37
- Convivencia de capellanes de hospitales, 38
- Reunión con los religiosos, 39
- Profesores de religión para los ATS, 39

- Jornadas nacionales de enfermería, 40
- Cursillos celebrados en 1975, 43
- Capellanes de hospitales, 43
- Jornadas de pastoral hospitalaria, 43
- Curso de enfermería, 44
- Cantoral, La oración del cristiano en la enfermedad, 44
- Los obispos y El hombre que supo amar, 89, 135
- Ruego al Ministro de la Gobernación, 90
- Curso sobre cuidados intensivos, de pediatría, 91
- Jóvenes y mayores, unidos, 91
- Asistencia humana al enfermo, 94
- Pastoral hospitalaria por regiones, 136
- Actualización hospitalaria, 136
- Hospital docente, 138
- Symposium de pediatría, 139
- Tercer mundo, 139
- Jornadas de enfermería psiquiátrica, 140
- La donación del cuerpo, 141
- Víctima del deber, 141
- El engaño, premio Lope de Vega, 141
- Noticiario, 176

BIBLIOGRAFÍA, 45

FOTOGRAFADOS

- Dibujos de los niños sobre la muerte, 10, 11, 12
- El hombre que supo amar, 33, 71, 88, 135
- Enrique García Río, 34, 70
- Sor Felisa Ortega, 35
- Hospital San Juan de Dios, Guatemala, 36
- Enfermeras realizando prácticas, 53
- Profesoras de enfermería, 55
- Manuel Fraga Iribarne, 61
- Pablo VI, 86
- Equipo de fútbol Menni, 101
- Gimnasio del C. F. Menni, 103
- Plantilla del C. F. Menni, 105
- Grupos de enfermeras, 132, 133
- Responsables de pastoral, 136
- Médicos de Barcelona, 138, 139
- Doctor Siaka Stevens, 139
- Hospital de Lunsar, 140
- Director médico de Cholula, 140
- Cursillistas de Cholula, 140
- José Martín Recuerda, 141
- Jornadas de Zapopan, 181, 182, 183, 184, 186



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. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11
BARCELONA (10)

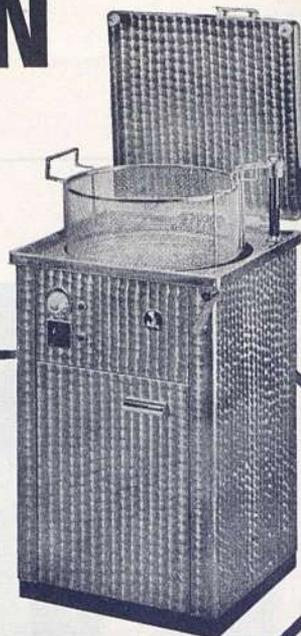
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

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

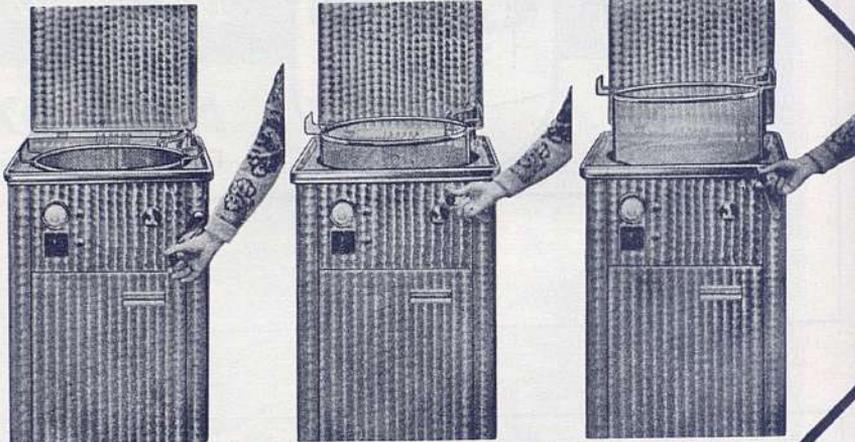
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

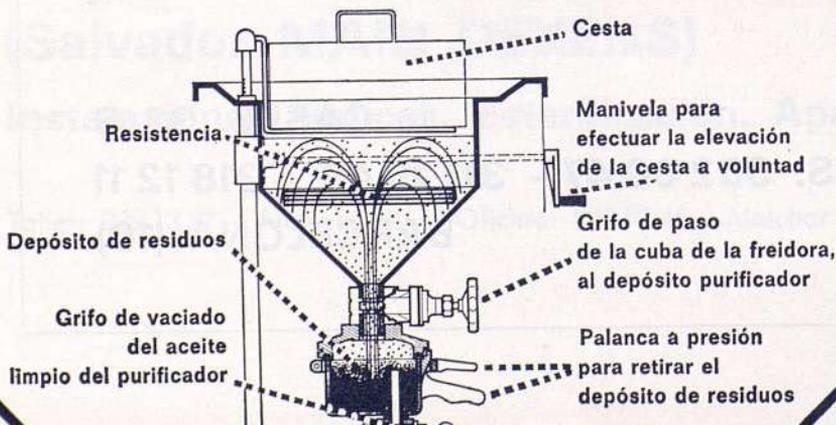
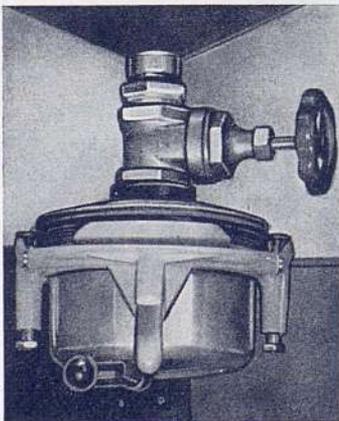
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

Domicilio

Población

Provincia





JOSÉ CRUSET

SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

Nueva edición preparada con motivo del estreno de «El hombre que supo amar»

Esta biografía, galardonada con el premio Aedos, sirvió para realizar el guión de «EL HOMBRE QUE SUPO AMAR», película que la Iglesia esperaba hace 10 años

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n
Barcelona 17



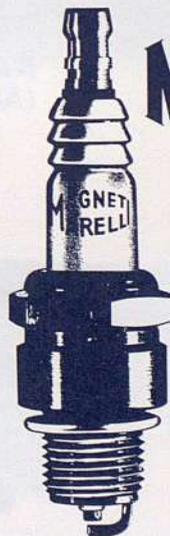
LOS GRANDES FABRICANTES DE AUTOMOVILES HAN LLEGADO A UN ACUERDO

-Ahora le toca a Usted-

Autobianchi, Chrysler Simca, Fiat, Lancia, Renault, Seat, etc., equipan sus automóviles con MAGNETI MARELLI, la bujía rosa.

Puestos a ofrecer calidad, prefieren que sus automóviles salgan de fábrica con las bujías del más moderno diseño, construidas con los mejores materiales, la más avanzada técnica y el más estricto control de calidad.

Compruébelo. Pida que instalen en su coche MAGNETI MARELLI, la auténtica bujía rosa importada de Italia, con el grado térmico exacto para cada potencia.



MAGNETI MARELLI

La bujía rosa.

Importador exclusivo:

J. BELLOC ESCUTE, S.A.

Balmes, 164-166 - Tel. 217 08 00 - Barcelona-8



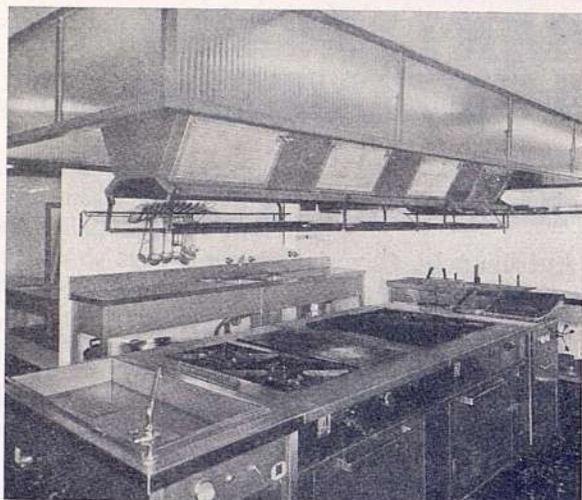
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafeteria



Antonio Matachana, s.a.

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



MAQUET

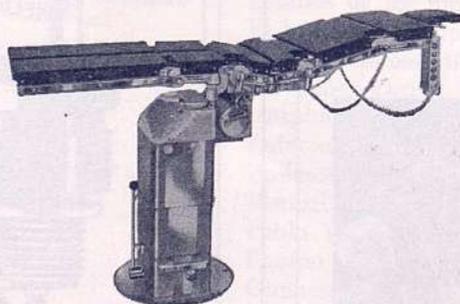


RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



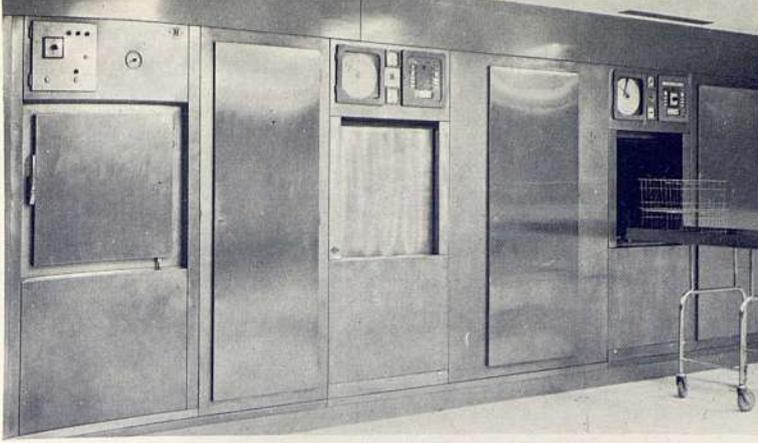
Aparatos médicos

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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



Electromedicina



Central de esterilización

Central de lavado

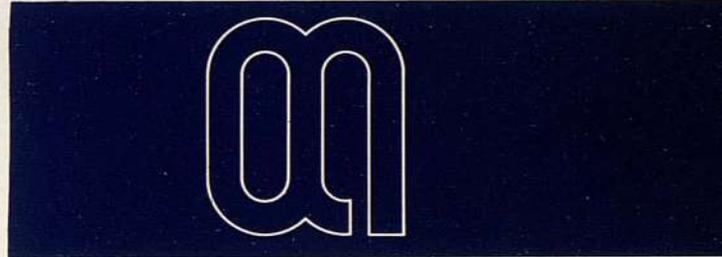


Instalaciones de:

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

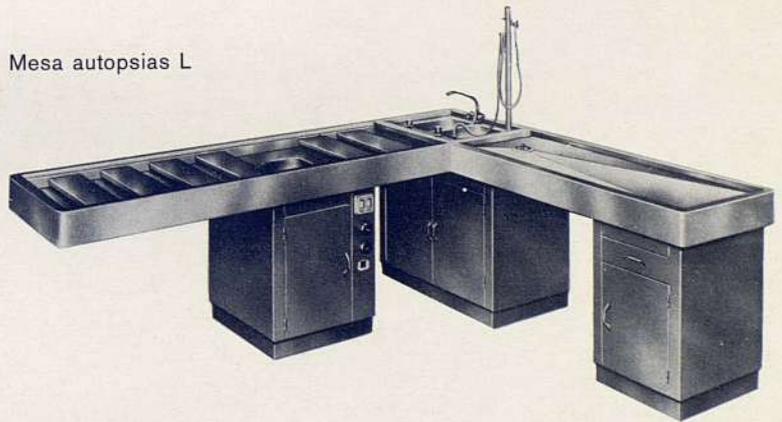
Entrega de:

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



Lavador
de cuñas

Mesa autopsias L



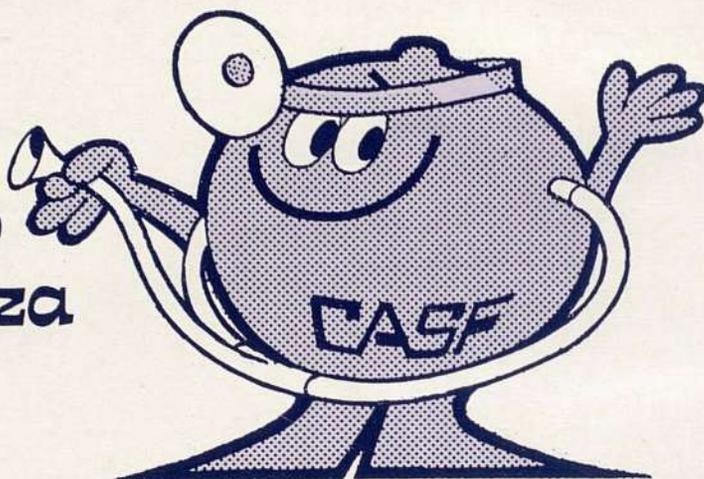
PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



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

i Vale más quien sirve mejor!