

ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES

LA
LABOR
HOS
PITALA
LARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 32. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1979
Número 172. Volumen XI

CONSEJO DE REDACCION

Director

ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores

Gestión Hospitalaria
José M.^a Muneta

Asistencia y Enfermería
Cecilio Eserverri

Teología y Pastoral
Pascual Piles

Ética Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores

Joaquín Plaza, Pedro Clarós,
Amado Palou, L. Gil Nebot,
Juan L. Alabern, José M.^a Sostres,
Ascensión Zubiri, Felipe Alaez,
José Sarrió.

Administración, Publicidad y
Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 34

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

Sumario

LH OPINA

- 84 LA SANIDAD TAREA DE TODOS

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 86 REFLEXIONES EN TORNO A LA POLITICA SANITARIA
José M.^a Setien, obispo de San Sebastián
- 92 EL DESMANTELAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
Por Ramón Ferreró, O. H.
- 97 LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA
Y SUS DIRECTIVOS
Por Carmelo M.^a Cabré Rabada

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

- 104 ENTREVISTA CON ROSALIA RODRIGUEZ
Por Cecilio Eserverri Chaverri

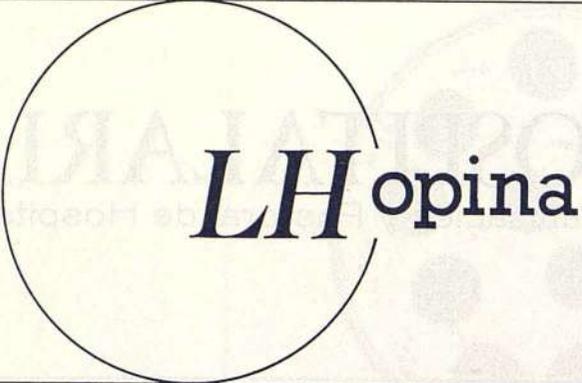
PASTORAL HOSPITALARIA

- 107 SITUACION DEL ENFERMO CANCEROSO
Y ESPERANZA CRISTIANA
Por Mario Alberton
- 112 JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

NOTICIARIO

- 119 HOSPITALES
- 122 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO



LH opina

LA SANIDAD TAREA DE TODOS

Nos encontramos en un momento verdaderamente importante de nuestra evolución sociopolítica y de nuestra planificación sanitaria.

Podemos decir que en el plazo de unas semanas se han dado una serie de acontecimientos que pueden cambiar de una forma radical nuestros conceptos y formas de entender y llevar a efecto la asistencia sanitaria.

Hace un mes las elecciones generales, hace unos días las elecciones locales y últimamente la formación del nuevo Gobierno, son hitos que van a condicionar de una forma decisiva la estructuración de nuestra Sanidad.

Hace un año hablábamos desde este mismo editorial de la importancia que podía tener el hecho de haberse creado el Ministerio de Sanidad y su estructuración progresiva. Ahora tenemos que decir que el hecho de contar ya con una Constitución y con los hombres que desde el Parlamento, y desde los Entes Autonómicos y locales la han de defender, nos aproxima ya a los frutos de todo ese trabajo.

Durante años se ha estado debatiendo el sistema sanitario que debe adoptar España. Se han barajado modelos de los países más cercanos a nosotros, y desde los programas de los diversos partidos políticos se han decantado hacia uno u otro según las características de cada uno y los principios inspiradores de las diversas opciones políticas.

Ahora ya, pues, con los hombres de gobierno que hemos elegido, es cuestión de comenzar, sin dilaciones, a trabajar para que esos principios inspiradores de la política social de que nos habla el capítulo tercero, del Título Primero de la Constitución sean una realidad. Porque ahora es el momento de hacer que se cumplan lo que los altisonantes programas electorales han prometido a sus electores. La sanidad es una tarea de todos, pero fundamentalmente de gobierno, ya que hoy, su coste es muy elevado

y no se puede dejar a merced de la iniciativa privada su puesta en marcha y su regulación.

Al Gobierno corresponden las tareas fundamentales de planificación, organización, financiación y control. En tanto que la iniciativa privada, según los principios de una sociedad de libre mercado, podrá concurrir y participar en plano de igualdad, con los mismos derechos y deberes a ofrecer los servicios asistenciales a que todos los ciudadanos tienen derecho. Porque una cosa es que el Estado garantice dichos derechos y otra cosa, muy diferente, que el propio Estado los ofrezca como único servicio, cosa que habitualmente hace que se burocraticen y pierdan eficacia.

Y ¿cuáles son esos derechos que nuestra Constitución reconoce y garantiza? Helos aquí, de una forma sucinta y sin comentarios.

Art. 41. Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Art. 43. 1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos.

Art. 50. Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la Tercera Edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Todo esto que, enumerado de una forma superficial, puede parecer una mera teoría, encierra en sí, todo el espíritu de un sistema asistencial que entre todos hemos de alumbrar. Ahora toca el crear los entes de participación ciudadana y de técnicos a todos los niveles para que el sistema que de aquí surja sea el más justo y el más eficaz que en los momentos actuales la medicina y la solidaridad humana pueden ofrecer.

Desde estas líneas hacemos hincapié en esta última afirmación de que no solamente la Medicina, sino también la solidaridad humana, han de contribuir a mejorar nuestra vida y nuestra salud. Es ya de sobras conocido que la salud no sólo mejora y se conserva por la utilización de recursos médicos, sino por la adecuada utilización de un arsenal de recursos humanos.

Organización de hospitales

La salud como tarea colectiva

REFLEXIONES EN TORNO A LA POLÍTICA SANITARIA

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Afirmación de este derecho

La 23.^a Asamblea Mundial de la Salud (1970) afirma: «*la salud es un derecho fundamental del hombre*».

Lógicamente es una conclusión de la afirmación del derecho a la vida, al bienestar, a una vida auténticamente humana.

Pero la pregunta inmediata es: «¿*ante quién?*» ¿Quién es el sujeto obligado a cumplir este derecho del hombre a la salud? Porque la salud no es una mera exclusión de los atentados contra la vida o contra la integridad humana, que supondría la lesión del derecho a la vida y a la integridad física.

La salud es *una tarea*, supone un esfuerzo positivo, una técnica, un gasto, una dedicación. ¿A cargo de quién para que se satisfaga mi derecho a la salud?

Por otra parte, la salud tropieza con un hecho natural-destructor, la enfermedad, la muerte. Ello supone una *diversificación de los objetos parciales* del derecho a la salud: derecho a la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, servicios sociales, seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, etc., lo que incluye un amplio campo de la seguridad social (cfr. art. 25 de los Derechos del Hombre, Dect. ONU, 1948), una *relativización* del contenido de ese derecho. Así la Constitución de la OMS dice: «*el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano*».

A nadie se le oculta que ese *grado máximo* es muy relativo según los países desarrollados o en vías de desarrollo, las condiciones de salubridad de los pue-

blos, la disponibilidad de medios técnicos, la misma economía, el ordenamiento político, los objetivos propuestos en la política, las prioridades de los gastos, etc.

Por ello, para que no sea una mera afirmación sin contenido se exige que ese *grado máximo* concreto sea objeto de una conquista progresiva en la que estén implicadas todas las fuerzas sociales; se ha de juzgar entre el límite de la utopía sin límites, y el fatalismo de quien deja las cosas como están, para que cada uno haga lo que pueda.

La afirmación de la salud como un derecho nos introduce en el ámbito de las *relaciones sociales*; la sociedad debe actuar para que ese derecho pueda ser satisfecho, no sólo con una no-ingerencia agresiva contra la vida y la salud, sino con una colaboración positiva. La sociedad en todas sus instancias profesionales, culturales, paraestatales, estatales e internacionales. Este paso del interés individual o privado al ámbito de lo público y colectivo convierte a la salud en una *tarea colectiva*, que es el objeto de esta exposición. En concreto: «*los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de los pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas*» (Const. de la OMS).

Diversas perspectivas

El cumplimiento de esta tarea colectiva tiene diversos aspectos, algunos de los cuales es necesario señalar, a fin de definir más precisamente el contenido de esta exposición.

Dimensión técnica: Hace referencia a la eficacia de los medios utilizados, tanto a nivel individual como

colectivo. La discusión sobre la conveniencia de utilizar un medio u otro, no solamente por su eficacia terapéutica sino por su aceptación colectiva, su adaptación a un medio socio-cultural determinado, etc., la preferencia sobre otros medios en razón de una utilización racional de los recursos limitados, etc. Son cuestiones en las que directamente no vamos a entrar, ni son de nuestra competencia.

Dimensión política: El Director General de Sanidad (cfr. Noticias Médicas) planteaba así la posible creación de un Ministerio de Sanidad. Es necesaria la integración sanitaria en estructuras administrativas unitarias, que haga posible:

- Superar la dispersión actualmente existente.
- Formular y ejecutar una política sanitaria concorde con las exigencias del tiempo.
- Obtener unos objetivos de salud demandados por la sociedad.
- Lograr la más óptima explotación de los medios con que contamos.

No cabe duda que es éste un tema en el que tendrá mucho que ver la reforma que los diversos grupos políticos pretenderán realizar, aun cuando, a decir verdad, no parece que el tema esté suficientemente trabajado por los grupos, a nivel de proyectos concretos, siendo más bien objeto de afirmaciones ideológicas que de proyectos concretos.

Tampoco es éste directamente el objeto de nuestro estudio, por ser objeto de opciones políticas.

DIMENSION ETICO-HUMANA DEL PROBLEMA EN RELACION CON LA SOLIDARIDAD SOCIO-POLITICA

Puede parecer artificial pretender descubrir implicaciones de los valores ético-humanos en este planteamiento social del tema. Al referirme a ellos, no pretendo solamente justificar esta perspectiva, lo que sería puramente apologetico; pretendo sacar a la luz unos valores que cualquier proyecto de poner en práctica la salud como tarea colectiva, habrá de tener en cuenta.

Bien individual y bien común

Todo proyecto colectivo para que sea eficaz ha de tener una cierta dosis de coactividad; cabe, sin embargo, una cierta graduación:

- La limitación de la libertad individual puede tener por objeto la prohibición de ciertos actos (venta de drogas, armas de fuego), que *ponen en peligro* la salud de otras personas.
- La obligación de adoptar ciertas prácticas en beneficio de la salud en general, por ejemplo, vacunaciones obligatorias, para evitar que la *enfermedad se convierta en peligro* para los semejantes, o para evitar *cargas* que deberían recaer sobre unos servicios pú-

blicos solicitados y escasos, y aun cargas económicas para la sociedad, por ejemplo, por muerte o invalidez.

— La obligación de aceptar medidas individuales *en beneficio de su propia salud*.

No cabe duda de que aquí entra en juego la misma *concepción del Estado* cuya misión habría de ser la mera defensa de los intereses colectivos, o bien la de un Estado de solidaridad colectiva en la que no solamente se buscarían aquellos condicionamientos objetivos en los que cada uno hubiera de autodeterminarse, sino que el mismo bien personal sería objeto de una tutela directa. ¿Un Estado vigilante, un Estado de bienestar social, o paternalista y absorbente, con grave riesgo de la libertad personal y colectiva?

Libertad y concepción del hombre

Nadie pondría en cuestión llevar la solidaridad colectiva hasta la responsabilización social con las personas concretas, en razón de su bien particular, si no fuera por el hecho de que la defensa de la salud y la utilización de los medios adecuados para ello, afecta a una realidad profundamente humana que puede condicionar el estilo de sociedad que queremos configurar para el futuro. ¿Qué *clase de hombre queremos asegurar* para el futuro?, o mejor, ¿qué estilo de hombre *está surgiendo* con la sucesiva adopción de medidas técnicas, económico-sociales y políticas? Y en particular, en el ámbito de la sanidad, ¿qué contenido realista tiene el *conflicto o la tensión entre la justicia y la libertad*?

Y no olvidemos que la afirmación de la libertad personal, que implique diversas tomas de posición ante la vida, ha de exigir unas reales estructuras de libertad o unas estructuras objetivas de libertad real, sin las que es imposible eludir el riesgo de hacer del Estado y de su política, el definidor de la concepción de la vida.

Pensamos, por ejemplo, en el hecho de que paradójicamente la defensa de la salud puede entrar *en conflicto* con la defensa al derecho de la vida, aunque sea éste el fundamento radical de aquél. Así:

— El *aborto* puede considerarse medio necesario y normal para proteger la salud física o mental de la madre, o para evitar el nacimiento de sujetos afectados por diversas formas de atentados contra la salud física y psíquica, y de esta manera conservar la vida de un ser imperfecto.

— La *esterilización* de varones o hembras que padezcan grave retraso mental puede considerarse el medio adecuado para una adecuada política de la salud, incluso con carácter coactivo.

— «*Los problemas de la reproducción humana interesan no solamente a las unidades familiares, sino también a la sociedad entera*» (18.^a Asamblea de la OMS), lo que parece capacitar a ésta para adoptar medidas socio-económicas y políticas adecuadas y eficaces.

— El progreso médico requiere, y ha requerido siempre, la *experimentación* en seres humanos, lo que plantea graves problemas en la interpretación del principio de la totalidad y de las relaciones persona-sociedad.

— La concepción que uno tenga sobre la «*utilidad*» de la vida y la incorporación al catálogo de los derechos humanos, *del derecho a morir*, junto con el derecho a la vida, afectará gravemente a la idea que uno pueda tener sobre la utilización de los medios para conservarla, para dejar a la naturaleza que siga su curso e incluso para realizar acciones ordenadas a cortar la vida *inútil o absurda*.

Las intervenciones de la *psicocirugía*, con objeto de modificar el comportamiento del paciente, cuyas repercusiones sociales sean inevitables, bien por la extirpación quirúrgica selectiva o por la interrupción quirúrgica de vías nerviosas, parecerá un atentado contra la integridad personal menos doloroso que la reclusión preceptiva en un sanatorio psiquiátrico y, en todo caso, susceptible de ser justificado por razones de bien común.

¿Cómo pueden ser asumidos todos estos planteamientos en una política sanitaria que pretende ser auténticamente humana respetuosa del hombre y de las diversas concepciones que en la sociedad puedan existir acerca de la vida, sin poner en manos de los políticos de turno la definición de las bases humanas-ideológicas de lo que es la vida, su sentido, su defensa, su concepción?

Economía y salud humana

Suele decirse que la salud no tiene precio; ello podría significar que el cuidado de la salud no podría valorarse en términos de medida económica, que debería ser gratuito. Pero puede significar también que cualquier precio es pequeño para la defensa de la salud, dando lugar a la mayor de las especulaciones sobre la salud, por aquello de que es mejor dejar la bolsa que la vida.

Lo cierto es que la salud es un factor de rigidez y de necesidad en los planteamientos económicos de las personas y de las familias, que puede dar lugar a los máximos dispendios de los pudientes, al enriquecimiento de los prestadores de estos servicios o a la frustración y agresividad desesperanzada de quienes no tienen más remedio que padecer la enfermedad propia y la de los suyos, y hasta la muerte, por falta de una adecuada solución dada a este problema. La salud, como cualquier otro bien necesario, puede ser objeto de la más abyecta explotación económica.

Independientemente del nombre que queramos utilizar, lo que es innegable es que la salud tiene su costo; cuidar de la salud individual y colectiva supone un gasto, tiene un costo individual y social. La cuestión está en saber sobre quién ha de repercutir, sobre qué economía, privada o pública, o en qué proporción; si el cuidado de la salud ha de estar en función de

la economía o posibilidades reales de cada uno, o si, por el contrario, ha de estar en función de una economía socializada en este campo, al margen de las posibilidades reales de cada uno, por considerarse precisamente, que la salud no tiene precio y su defensa no ha de estar condicionada a lo que cada uno pueda pagar. Lo que de rechazo plantea la cuestión de determinar la participación que en la renta nacional han de tener los que prestan los servicios de la salud, más allá de un juego imposible de oferta y demanda de mercado. ¿Hasta dónde pueden ser válidos los criterios de beneficio, lucro y rentabilidad en relación con la salud? O ¿cómo puede plantearse el problema desde la perspectiva de los *trabajadores* de la salud, en una concepción de clases enfrentadas en la sociedad? No es suficiente que el conjunto de los trabajadores sanitarios constituyan «*un frente unido y convergente en la tarea del cuidado de la salud y que esta tarea les insertara solidariamente en su realidad profesional*» (Manifiesto PC, pág. 7).

Pero no es éste el único planteamiento que debe hacerse desde el punto de vista de la economía. Está por medio también el problema de la utilización racional del costo colectivo, habida cuenta de las diversas posibilidades económicas, de los sectores geográficos y sociológicos, aun dentro del mismo Estado, y en definitiva, de los criterios con que se han de utilizar los recursos, por necesidad limitados, que la economía nacional puede dedicar a estos fines.

Es muy grave el riesgo de condescender con criterios puramente cuantitativos, aun a precio de relegar sectores importantes a niveles de subdesarrollo en materia sanitaria, con vistas a lograr el máximo de rentabilidad mensurable en dimensiones puramente cuantitativas. Y no cabe duda que en la solución de este problema, aparte de lo que sea una legítima opción política, será necesario conjugar, junto con la dimensión costo, el factor *necesidad* o, mejor, el factor de la fundamentación de la necesidad, supuesto un determinado nivel cultural que se estima alcanzado en una sociedad determinada. Piénsese, por ejemplo, en la atención sanitaria exigida por la extirpación de enfermedades infecciosas, la eliminación de las condiciones de habitabilidad que las originan, la atención a los riesgos inherentes al ejercicio de funciones naturales como la del alumbramiento, etc.

En nuestro país este planteamiento ha de tenerse en cuenta, por ejemplo, en relación con una efectiva igualdad de oportunidades entre la población urbana y la rural, con la existencia de centros rurales adecuados y en relación con otros servicios sanitarios debidamente ubicados, y, en general, con la calidad de vida de las comunidades locales, a fin de que alcancen lo que en el momento actual debe considerarse como logro básico de nuestra sociedad: educación sanitaria, saneamiento ambiental, asistencia materno-infantil, asistencia médica básica.

Humanismo y ciencia en la política de la salud

Una dimensión con la que toda política de la salud habrá de jugar necesariamente es la ciencia, el progreso científico y su utilización en función del progreso humano que se pretende alcanzar. Sin la ciencia no es posible hacer una política inteligente y eficaz; pero hemos de evitar caer en la tentación de creer que la ciencia resuelve todos los problemas, en la medida en que son hoy solucionables, o de creer también que las conclusiones científicas son de tal modo constringentes que no admitan una normativa superior en función de los objetivos propuestos. Se replantea el problema antes enunciado: ¿Qué clase de hombre estamos haciendo?

Como dicen las «Directrices éticas y religiosas de la Asistencia sanitaria católica», de la Conferencia Nacional de los obispos de USA (1971), se trata de reconocer «la trascendencia espiritual de las creencias referentes a la vida, al sufrimiento y a la muerte». Y se plantea la cuestión de saber hasta dónde esta trascendencia espiritual puede tener una incidencia eficaz en el modo de concebir y ejecutar los servicios sanitarios, más allá de los óptimos calculados a partir de supuestas racionalidades científicas.

Unas breves indicaciones que podrán ser enriquecidas y completadas por quienes poseen un conocimiento más inmediato y experimental sobre la cuestión: el enfermo es un sujeto débil ante la enfermedad, pero lo es también ante la sociedad, ante los mecanismos que operan sobre él, precisamente para curarlo o para atenderlo; no puede menos de ser un sujeto dócil, sumiso y obediente a la disciplina del centro; no solamente es impotente ante la enfermedad sino que debe hacer un acto de confianza casi total a los servicios que *para su bien*, han de funcionar de modo que a él se le escapan y la sociedad ha preparado para él. Tiene su justificación la inquietud preocupante ante la reducción administrativa del enfermo a la condición de un número, cuyo problema humano escapa a unos servicios que deben funcionar bien; cuya libertad debe ceder ante los imperativos del recto funcionamiento del centro; cuya enfermedad pasa a un primer plano que nunca debería ceder la persona del enfermo; cuya estima personal debería estar por encima del mero compromiso profesional que el personal sanitario debe cumplir en razón de un contrato de trabajo, etc.

¿Cuáles son los costos *económicos* y *científicos* a los que habrá que hacer frente, a fin de que esa insistente afirmación de la humanización de los hospitales sea una auténtica realidad? O, lo que es aun previo, ¿hasta dónde son tenidos en cuenta estos planteamientos en el momento de tomar las decisiones prácticas, sostenidas por criterios científicos, económicos y políticos, pero no determinadas necesariamente por ellos?

Pero hay otra dimensión humana a la que hemos de referirnos, que afecta sustancialmente a la concepción de la vida y que está íntimamente ligada a lo que pudiéramos llamar el *derecho a morir*.

El derecho a morir puede concebirse como el derecho a poder disponer de la propia vida, y a ello nos hemos referido más arriba. Pero puede también significar el derecho a poder actuar una posición consciente, responsable, *humana* ante el acontecimiento inevitable que se avecina; es decir, el derecho a enfrentarse con lucidez y *libertad* de un espíritu que pretende, de alguna manera, dominar la necesidad de morir, introduciendo en ella la libertad de quien es capaz de asumir en un sentido lo que no puede menos de suceder.

La sociedad actual tiene el riesgo de prescindir de la dimensión humana de la muerte, es decir, el riesgo de prescindir de ella, como si la vida no fuera más que el espacio consciente vivido entre dos límites inconscientes y ajenos a la propia libertad, el nacimiento y la muerte. ¿Puede un planteamiento científico resolver este problema, sin hacer entrar en juego a la opción que uno quiera tomar ante la vida, desde su libertad?

Y no solamente eso; al hombre no se le puede dejar en el desamparo total de la soledad al enfrentarse con esta situación. Suprimir el encuentro personal, consciente, con la muerte, o dejar al sujeto en la inasistencia de la amistad, de la familia, de la comunidad religiosa o creyente, no pueden ser los caminos más acertados para llegar a esa humanización de la asistencia sanitaria, a la que aspiramos.

La respuesta colectiva que la sociedad pretende dar a esa tarea también colectiva, que es la defensa de la salud, la lucha contra la enfermedad, el encuentro con la muerte inevitable, obliga a abrir las perspectivas del espíritu creador a fórmulas de actuación que concilien estas dos exigencias fundamentales:

— La exigencia de alcanzar las mejores condiciones posibles de aplicación de los conocimientos científicos, médicos, sociales, políticos.

— La exigencia de ponerlos al servicio de la concepción plenamente humana que cada uno quiera vivir desde sus propios planteamientos personales y libres.

LA REALIZACION DE LA TAREA COLECTIVA EN FAVOR DE LA SALUD

Como afirma rotundamente H. Mahler, Director General de la OMS, en el discurso del 8. IX. 76, en Kampala (Uganda), durante la XXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para Africa: «es un error considerar la planificación sanitaria como un proceso puramente técnico ya que, ante todo, es un proceso político y social».

Se trata, pues, de concebir la salud pública como una tarea susceptible de una *planificación política*, a partir de unos *objetivos sociales* que habrá que definir y concretar, y cuya realización habrá de asegurarse con los *medios eficaces adecuados*, en el cuadro de una *concepción política*, nacional e internacional, que tenga en cuenta la conquista democrática de la *defensa del hombre* y de sus derechos.

Siguiendo al mismo H. Mahler, voy a recoger los cuatro factores fundamentales que habrán de tenerse en cuenta en la realización de una planificación política de la salud, así entendida.

Definición de los objetivos sanitarios de carácter social que se desean alcanzar

— Ello exige un conocimiento de la realidad de cada país, no sólo en la perspectiva de la realidad actual, sino en la prospectiva futura de las necesidades previsibles a partir de la evolución económica y social.

— El desvelamiento de todas aquellas situaciones económicas, sociales, asistenciales, profesionales, intereses de los grupos afectados.

— La revisión de aquellas decisiones o proyectos que se demuestren ser contrarios a los verdaderos intereses de la comunidad y al logro de los objetivos sociales.

— El escalonamiento en la prestación de los objetivos sociales sucesivos, siempre que las metas aparezcan claras y no se pierdan de vista.

Identificación de la tecnología sanitaria adecuada

Ello significa dar la prioridad al logro de los objetivos propuestos, sobre otras razones de índole profesional o política, que desvían los centros de interés hacia consideraciones personales o de grupo, o a razones de prestigio.

Hay que evitar que la selección de la tecnología sanitaria esté a merced de personas cuyos objetivos profesionales tengan poco que ver con las necesidades de la salud, o que sea el resultado de una acumulación fortuita o aleatoria.

Selección de técnicas que, además de ser idóneas, no rebasan las posibilidades financieras de la comunidad de que se trate

— Se han de buscar las soluciones más económicas para distribuir uniformemente los recursos escasos. Por ello, financiar los servicios de salud utilizando exclusivamente los métodos usuales en los países más ricos, al margen de un planteamiento global y unitario equivale a salirse de la racionalidad funcional que todo plan se ha de proponer.

— Establecer un orden de prioridades en atención de las necesidades básicas, sin olvidar que las técnicas de seguridad social propias de los países desarrollados, pueden dejar al margen de la ayuda necesaria, a sectores de la población cuya seguridad social no está suficientemente garantizada por el sistema en cuestión.

— Cada país ha de elaborar sus propios métodos en función de su propia situación política, social y económica, teniendo en cuenta las experiencias de otros países, sin una precipitada imitación acrítica, ni una presuntuosa voluntad de hacer lo mejor que en otros países se haya podido realizar, a tenor de sus posibilidades.

— Fomentar el estímulo por la investigación en fun-

ción de las necesidades más agudamente sentidas dentro de los planteamientos de la política sanitaria, dentro de una visión más amplia del marco de una colaboración internacional.

Manifestar, en el plano político, la intención de definir las propias normas de acción sanitaria y de establecer los mecanismos adecuados para formular programas y desarrollar los sistemas asistenciales

— La voluntad política es el factor más importante en toda la evolución social y en concreto en el desarrollo sanitario; pero teniendo en cuenta que esa voluntad política no es exclusiva de los gobernantes sino que ha de ser compartida por la sociedad.

— Por ello, es de máximo interés la tarea pública de la educación para la salud, no solamente por parte de los directos beneficiados de la política sanitaria, sino también en relación con los agentes profesionales que, más allá de la visión puramente técnica o profesional, han de abrirse a la perspectiva amplia de una política general que responda a los objetivos del plan sanitario.

— Es necesario crear las infraestructuras sanitarias que respondan realmente a las necesidades de la población y, al mismo tiempo, sean fuente de satisfacción profesional para las personas que trabajan en esos servicios; satisfacción que no puede medirse en categorías de retribución económica sino de realización vocacional y servicial.

— Generar los recursos humanos necesarios para la aplicación del plan, a tenor de las necesidades reales de la sociedad.

— Establecer una verdadera jerarquía de valores en la utilización del gasto público, mediante el logro eficaz de los recursos necesarios, a través de una adecuada política fiscal.

PRINCIPIOS DIRECTIVOS DE UNA POLÍTICA DE LA SALUD

Dos deben ser, a mi juicio, los principios fundamentales que han de sostener una política sanitaria que pretenda llevar a cabo esta tarea colectiva de la salud: la solidaridad y la subsidiariedad.

El principio de la solidaridad

La solidaridad en el campo de la salud, lo mismo que en el de la defensa de la vida, debe ser el punto de partida fundamental de toda política sanitaria. Ello debe llevar a establecer relaciones de colaboración técnica, económica, profesional, cuyo límite no puede ser otro que el respeto debido a las dimensiones de libertad y a los valores espirituales que son inherentes al hecho de la enfermedad, el sufrimiento, la muerte. En otras palabras, la solidaridad debe detenerse ante las consecuencias inevitables que el verdadero respeto a

la diversidad de concepciones de la vida, debe tener en la creación de las condiciones objetivas de solidaridad.

En este orden de cosas habrá de procederse con una cautela extrema en el momento de adoptar medidas coactivas que repercutan sobre los comportamientos individuales o limiten la capacidad de decisión de los individuos y de los directamente responsables de las personas incapacitadas para decidir por sí mismas. Recuérdese todo lo dicho sobre los problemas éticos que plantea la tensión entre el bien personal y el bien común, al que hemos hecho alusión en la segunda parte de este trabajo.

Pero lo que sí parece evidente es que la economía privada no puede estructurar el sistema sanitario, en un juego peligroso e inhumano de la oferta y la demanda, los precios del mercado y otros tantos usos que podrían recogerse en este orden de cosas. En este sentido debe hablarse de una legítima socialización de la salud, con todas las cautelas y reservas que a este principio haya de imponer la subsidiariedad de que hablaremos más adelante.

A mi juicio, esta socialización de la atención de la salud no debe confundirse con una estatificación excluyente de un sector privado, operante de una forma eficaz. Una doble razón me mueve a hacer esta afirmación.

De una parte, la carencia real de experiencia de formas de participación social en la gestión de los servicios públicos, que ofrezcan las garantías suficientes desde el punto de vista de la libertad y del pluralismo; estos valores de la convivencia son demasiado próximos al respeto personal, precisamente en el ámbito de la medicina y de la salud, como para jugar el riesgo de una socialización estatificadora, no debidamente compensada por formas de participación de que ahora carecemos.

Considero, por otra parte, que el sector privado puede ser también, aunque no con exclusividad, el campo de una iniciativa de desarrollo y de progreso, dotado de mayor elasticidad que el que pudiera tener el sector público que, por su propia naturaleza, ha de operar con mayor rigor y condicionamientos externos. Ello no significa en modo alguno que la investigación haya de quedar al margen de los planteamientos de tales servicios; pero no hay tampoco razón determinante para hacer que ella sea, con exclusividad, una tarea de los servicios públicos.

No cabe duda, por otra parte, que en materia tan delicada como la de la salud, la sociedad tiene derecho a que los organismos que la promueven tengan el estímulo proveniente de una posibilidad real de elección, que autentifique el valor de los servicios prestados. Lo único que ha de buscarse es que no sean precisamente razones económicas las que aseguren, con exclusividad, esa capacidad de escoger. Quizás el camino de los acuerdos de los organismos públicos de la seguridad social y de la sanidad con entidades privadas (de los

que hablaremos más adelante), junto con una adaptación digna y esmerada de los servicios públicos, podría ser el procedimiento más eficaz para evitar que el sector privado se convierta en el lugar privilegiado de la atención de los económicamente más privilegiados.

El principio de la subsidiariedad

La compensación equilibrada de la solidaridad social a partir del respeto debido a la libertad de los ciudadanos y a sus propias concepciones ideológicas, ha introducido otro principio fundamental de lo que debe ser una política sanitaria humanizada, es el principio de la subsidiariedad. A través de él no sólo se pretende asegurar los ámbitos de libertad necesarios para no asfixiar la libertad y la iniciativa de la sociedad; se deben abrir también los cauces de una eficaz participación social, más allá de una mera ejecución de lo que ha sido programado por los organismos públicos correspondientes. Se pretende así que el Estado social genere en el Estado de beneficencia (cfr. Alfons Auer, Tübingen).

En una primera aproximación a esta perspectiva de subsidiariedad en el campo de la salud o de la política sanitaria, cabrían señalar como dos direcciones en que el principio enunciado habría de tener su aplicación: una dirección vertical, consistente en una atribución de funciones a entidades no oficiales, y una dirección horizontal o geográfica, en favor de una descentralización territorial de las decisiones de política sanitaria y de su adecuada realización o puesta en práctica.

El hecho de que exista una política sanitaria racional no exige que sea el Estado quien, a través de sus organismos correspondientes, sea quien establezca las metas u objetivos próximos o remotos a lograr, cree los instrumentos adecuados para conseguirlos, y sea él mismo quien los haga funcionar. La carga inevitable de burocracia, el peso de una administración masificadora, la dificultad de adaptación y de flexibilidad requeridas para la puesta al día de los servicios sanitarios, la interferencia de criterios políticos más allá de los verdaderos intereses sociales, la misma inestabilidad de la administración pública, y otras razones de todos conocidas, demuestran la necesidad de que no sea el Estado, en este campo, el gestor de los servicios sanitarios. Razones de filosofía política y razones de eficacia práctica están pidiendo un esfuerzo de descentralización intensiva, a fin de que médicos y personal sanitario, de una parte, y pacientes y beneficiarios, de la otra, no se sientan *administrados* más tarde o más temprano, hasta en los últimos reductos de su personalidad y de su libertad.

Una política racional de acuerdos concertados con entidades privadas, junto con la creación de las entidades necesarias allí donde tales entidades no existieran, puede ser el camino más eficaz para mantener el carácter humano de una medicina y asistencia sanitaria justamente racionalizada y planificada. A la vez,

el control estatal de las condiciones mínimas que todos los centros, privados y públicos, habrían de cumplir, junto con la libertad de elección que los pacientes habrían de actualizar, podría ser el camino adecuado para ejercer un control social, dinámico y estimulante, que en la sociedad no deben faltar.

En la misma línea debe situarse la que hemos llamado descentralización horizontal o geográfica. Nada puede objetarse al hecho de que sean los organismos administrativos de carácter regional u otros semejantes, los que asuman la responsabilidad de llevar adelante su propia política sanitaria, dentro de las directrices generales o globales que provengan de las instancias superiores de la Administración pública. Tenemos conocimiento de la existencia de intentos muy dignos de estudio y de atención por parte de la Administración central, en los que dentro de una verdadera planificación a nivel provincial o regional, se pretende incorporar a las entidades directamente operantes en el campo de la asistencia sanitaria. Con ello pretende lograrse, a la vez, el máximo de autonomía y de participación activa de los diversos entes públicos y privados, a la vez que la más perfecta adecuación a las necesidades reales de la región. Y no es superfluo añadir que tal proyecto se basa en un estudio sociológico, de carácter prospectivo, en el que científicamente tratan de preverse las necesidades futuras en el campo de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, en este campo de la participación social en la política sanitaria, no puede olvidarse la importancia especial que han de tener los Consejos nacionales o regionales de la salud, integrados por personal sanitario, profesionales de diversas especialidades incidentes en este campo, sin excluir a representantes más directos de los grupos espirituales o culturales; tales Consejos tendrían, entre otras, la función de equilibrar la discrecionalidad de las decisiones políticas, con razones objetivas de carácter científico, técnico y aun ético y espiritual.

CONCLUSION

He querido ofrecerles un marco amplio en el que se puedan situar las diversas perspectivas desde las que ha de abordarse el complejo tema de la política sanitaria. No era mi intención la de ofrecerles soluciones prácticas ni proyectos programáticos. Habría cumplido el objetivo que me había propuesto si lo dicho pudiera ayudarles a situarse mejor ante el tema y a ayudarles a avanzar en la reflexión. Sólo desearía que no hubiera quedado ninguna dimensión importante sin que se hubiera hecho alusión a ella o sin que hubiera sido situada en su verdadera perspectiva y valoración.

† JOSE M.^a SETIEN
Obispo de San Sebastián

EL DESMANTELAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

INTRODUCCION

El hecho de que los Hospitales Psiquiátricos sean hoy el blanco de la crítica de un amplio sector de la Psiquiatría y de la sociedad en general, es debido a múltiples razones, que no vamos aquí a analizar pero que enumeradas desde un punto de vista superficial podríamos dividir en socio-políticas, asistenciales y económicas.

Cada grupo, desde alguno de estos planos hace la crítica a tales instituciones, sin tener en cuenta la posibilidad de transformación, abogando más bien por su desaparición, con lo que sólo se consigue únicamente el enfrentamiento entre diversos grupos de psiquiatras o personal asistencial y en algunos casos, cuando las razones son fundamentalmente políticas, habilitar soluciones precipitadas que no consiguen mejorar la asistencia y, sin embargo, conllevan trastornos importantes a los pacientes psiquiátricos actualmente internados, que quedan aislados de toda reforma asistencial, y a los casos nuevos que son tratados en instituciones no preparadas para ello (Hospitales Generales, Centros de Salud Mental improvisados, etc.) vagando de un lugar a otro sin encontrar el tratamiento que su estado requiere.

Es por ello que queremos aportar una solución intermedia entre esta drástica inutilización de los Hospitales Psiquiátricos y su perduración inmóvil en la actual estructura a todas luces obsoleta.

Llamamos a esta transformación desmantelamiento, porque creemos que indudablemente debe haber, tanto en la mentalidad de las personas que lo dirigen y de las que trabajan en él como en su estructura arquitectónica y funcional un giro radical que marque una etapa nueva, con rasgos verdaderamente nuevo e innovadores acomodados a los conocimientos psiquiátricos de hoy, y a las ideas sociales de cada país.

Hay que reconocer que estas ideas no son nunca ajenas al sistema asistencial de cada país y que ellas han marcado de forma muy acusada en cada momento histórico los criterios orientadores de la asistencia psiquiátrica.

el control estatal de las condiciones mínimas que todos los centros, privados y públicos, habrían de cumplir, junto con la libertad de elección que los pacientes habrían de actualizar, podría ser el camino adecuado para ejercer un control social, dinámico y estimulante, que en la sociedad no deben faltar.

En la misma línea debe situarse la que hemos llamado descentralización horizontal o geográfica. Nada puede objetarse al hecho de que sean los organismos administrativos de carácter regional u otros semejantes, los que asuman la responsabilidad de llevar adelante su propia política sanitaria, dentro de las directrices generales o globales que provengan de las instancias superiores de la Administración pública. Tenemos conocimiento de la existencia de intentos muy dignos de estudio y de atención por parte de la Administración central, en los que dentro de una verdadera planificación a nivel provincial o regional, se pretende incorporar a las entidades directamente operantes en el campo de la asistencia sanitaria. Con ello pretende lograrse, a la vez, el máximo de autonomía y de participación activa de los diversos entes públicos y privados, a la vez que la más perfecta adecuación a las necesidades reales de la región. Y no es superfluo añadir que tal proyecto se basa en un estudio sociológico, de carácter prospectivo, en el que científicamente tratan de preverse las necesidades futuras en el campo de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, en este campo de la participación social en la política sanitaria, no puede olvidarse la importancia especial que han de tener los Consejos nacionales o regionales de la salud, integrados por personal sanitario, profesionales de diversas especialidades incidentes en este campo, sin excluir a representantes más directos de los grupos espirituales o culturales; tales Consejos tendrían, entre otras, la función de equilibrar la discrecionalidad de las decisiones políticas, con razones objetivas de carácter científico, técnico y aun ético y espiritual.

CONCLUSION

He querido ofrecerles un marco amplio en el que se puedan situar las diversas perspectivas desde las que ha de abordarse el complejo tema de la política sanitaria. No era mi intención la de ofrecerles soluciones prácticas ni proyectos programáticos. Habría cumplido el objetivo que me había propuesto si lo dicho pudiera ayudarles a situarse mejor ante el tema y a ayudarles a avanzar en la reflexión. Sólo desearía que no hubiera quedado ninguna dimensión importante sin que se hubiera hecho alusión a ella o sin que hubiera sido situada en su verdadera perspectiva y valoración.

† JOSE M.^a SETIEN
Obispo de San Sebastián

EL DESMANTELAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

INTRODUCCION

El hecho de que los Hospitales Psiquiátricos sean hoy el blanco de la crítica de un amplio sector de la Psiquiatría y de la sociedad en general, es debido a múltiples razones, que no vamos aquí a analizar pero que enumeradas desde un punto de vista superficial podríamos dividir en socio-políticas, asistenciales y económicas.

Cada grupo, desde alguno de estos planos hace la crítica a tales instituciones, sin tener en cuenta la posibilidad de transformación, abogando más bien por su desaparición, con lo que sólo se consigue únicamente el enfrentamiento entre diversos grupos de psiquiatras o personal asistencial y en algunos casos, cuando las razones son fundamentalmente políticas, habilitar soluciones precipitadas que no consiguen mejorar la asistencia y, sin embargo, conllevan trastornos importantes a los pacientes psiquiátricos actualmente internados, que quedan aislados de toda reforma asistencial, y a los casos nuevos que son tratados en instituciones no preparadas para ello (Hospitales Generales, Centros de Salud Mental improvisados, etc.) vagando de un lugar a otro sin encontrar el tratamiento que su estado requiere.

Es por ello que queremos aportar una solución intermedia entre esta drástica inutilización de los Hospitales Psiquiátricos y su perduración inmóvil en la actual estructura a todas luces obsoleta.

Llamamos a esta transformación desmantelamiento, porque creemos que indudablemente debe haber, tanto en la mentalidad de las personas que lo dirigen y de las que trabajan en él como en su estructura arquitectónica y funcional un giro radical que marque una etapa nueva, con rasgos verdaderamente nuevo e innovadores acomodados a los conocimientos psiquiátricos de hoy, y a las ideas sociales de cada país.

Hay que reconocer que estas ideas no son nunca ajenas al sistema asistencial de cada país y que ellas han marcado de forma muy acusada en cada momento histórico los criterios orientadores de la asistencia psiquiátrica.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ACTUALES

En lo asistencial. Al decir Hospitales Psiquiátricos actuales entendemos por tales los tradicionales Sanatorios Psiquiátricos que, creados en las primeras décadas de este siglo, con una estructura y organización típicas, han evolucionado paulatinamente y de forma centrífuga, es decir como una fuerza que desde dentro los ha estimulado a expansionarse, pero sin contar con la comprensión ni el apoyo de la sociedad ni del resto de la Medicina.

Ello les ha llevado muchas veces a orientar su evolución solamente en el terreno arquitectónico o de dinámica interna, ya que era lo único que les era posible, pero sin llegar a cuajar en una mejora general de la asistencia psiquiátrica que comprende otras facetas exteriores al Hospital Psiquiátrico propiamente dicho.

Por ello es triste constatar que muchos de estos Hospitales o Sanatorios han reproducido tras varias décadas de funcionamiento la misma estructura, únicamente renovada en los materiales, del antiguo Hospital, con lo que el mejoramiento conseguido puede medirse en el terreno del confort con que se vive en tales centros, pero no en el terreno verdaderamente asistencial o de orientación de la asistencia psiquiátrica que ha quedado otra vez anclada en el estrecho círculo de las grandes instituciones de internamiento total.

Como todos conocemos, la estructura asistencial de estos Centros estaba basada en el concepto de aislamiento y reclusión del enfermo mental. Se le consideraba peligroso para sí mismo y para la sociedad por lo que era conveniente aislarlo e impedirle el trato con las personas sanas.

Incluso dentro de los Sanatorios había servicios especiales para los enfermos más peligrosos: celdas de aislamiento acolchadas, desprovistas de muebles, con la cama empotrada en el suelo y con las ventanas enrejadas que impedían llevar a término las ideas autodestructivas del paciente.

En honor a la verdad hay que decir sin embargo, que los medios terapéuticos con que contaba la psiquiatría eran mínimos. Y si es verdad que existían algunas terapéuticas sedantes, como bromuros, sedantes generales, la hidroterapia, etc., la mayor parte de los medios terapéuticos contra la agitación eran coercitivos: camisas de fuerza, aislamiento, abcesos de fijación, lobotomías, etcétera, todos ellos de demostrada ineficacia a largo plazo, pues generaban una agresividad latente, que tarde o temprano se manifestaba reproduciendo el cuadro una vez más.

En lo arquitectónico. Si tales eran los conceptos y medios terapéuticos de que se disponía, era lógico que la estructura arquitectónica de los Hospitales Psiquiátricos sirviese a los mismos.

En general se distribuían los enfermos por el grado de adaptación a la institución, no por criterios diagnósticos definidos. Así, existían pabellones de observación, pabellones de tranquilos, pabellones de trabajadores, pabellones de agitados, pabellones de aislamiento y con una distribución interna adecuada a la función que debían desempeñar. Podríamos decir que existía una coherencia interna entre la función y los medios que se utilizaban para cumplirla.

En lo organizativo. Como la principal función del Hospital Psiquiátrico era el aislamiento y reclusión del enfermo mental, poco a poco se iban asimilando a éstos otros enfermos cuya terapéutica debía ser la misma, aunque el diagnóstico fuese diverso. Y así fueron internados en estos Hospitales enfermos neurológicos, epilépticos, oligofrénicos profundos, paralíticos cerebrales, etc., que nada tenían que ver con los trastornos psiquiátricos tal como hoy los concebimos, pero que, por su falta de autonomía física o social eran equiparados a ellos en sus necesidades de protección y asistencia.

No se aplicaba a los tales terapéutica alguna en muchos casos, si no que se les protegía con el internamiento de una sociedad competitiva en la que no podían competir ellos, aun cuando tal apartamiento suponía también una privación de las relaciones familiares y sociales que les hubiesen servido de estímulo y promoción.

Tampoco los organismos encargados de su tutela y asistencia hacían grandes esfuerzos por mejorar su *status* pues como eran una carga y su recuperación prácticamente nula, procuraban que fuese lo menos costosa posible y las dotaciones del presupuesto dedicadas a esta asistencia eran siempre mínimas.

Por su parte, las organizaciones que se dedicaban a gestionar los Centros asistenciales, en una gran parte Ordenes Religiosas, procuraban paliar el inconveniente de las pequeñas asignaciones, con el aumento del número de camas en cada institución. Así resultaron esos hospitales mastodónticos de 1000 y 2000 camas que todavía persisten.

Sin embargo cabe preguntarnos si es lógica su pervivencia, si todavía estas instituciones tienen razón de ser. Y si la tienen, estudiar de qué forma deben existir, ya que en las últimas décadas han sucedido cosas que pueden cambiar radicalmente el concepto de enfermo mental y sobre todo de su asistencia.

La aparición de los neurolépticos en 1950 ha supuesto un enriquecimiento tan grande en el campo terapéutico que todas las instituciones han visto disminuir paulatinamente sus internados, habiéndose quedado reducidos a los casos más deteriorados y a los que, desde un punto de vista diagnóstico no corresponderían hoy a la psiquiatría propiamente dicha. El resto son enfermos que pasan temporadas en el Hospital Psiquiátrico, pero gozan alternativamente de permisos con la familia

o son ya controlados desde otras instituciones intermedias como pueden ser los Dispensarios o los Hospitales de día y de noche.

Tras esta experiencia que podemos considerar como general en todo el mundo, no podemos permanecer anclados en nuestras tradicionales coordenadas. Los treinta años de experimentación en el campo terapéutico y el avance de las ideas sociales en ese mismo lapso de tiempo nos obligan a reconsiderar la influencia que sobre la asistencia psiquiátrica han producido y a pres-
tarnos a una adaptación.

CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN LOS ULTIMOS TREINTA AÑOS Y CONDICIONAMIENTOS SOBRE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

a) Si, por una parte, la eficacia de los neurolépticos permitía altas y curaciones de algunos enfermos internados anteriormente, la evolución de la investigación farmacológica conseguía neurolépticos de espectro más amplio y de acción más prolongada, con lo que la frecuentación del hospital y de las instituciones a medio camino se iban sustituyendo paulatinamente por la estancia en familia, y los tratamientos y control de los mismos se iban centrando cada vez más en las instituciones extrahospitalarias.

b) A estos logros de la farmacología hay que añadir, como ya hemos señalado antes, el matiz socializante que la asistencia tanto general como psiquiátrica está adquiriendo hoy. El hecho de que la salud no se considere hoy sólo como una situación de tipo médico, sino como un derecho de los ciudadanos, hace que se interesen por ella no sólo los profesionales de la medicina, sino los sociólogos, los economistas, los juristas y los políticos.

La repercusión universal que hoy adquieren todos los acontecimientos por la facilidad de su transmisión, hace que también las experiencias de otros países estimulen la consecución para el propio de avances o de situaciones de mayor confort y seguridad especialmente en el terreno de la salud.

Para todas las personas que hoy intervienen en el sector de la planificación de la asistencia, y especialmente de la asistencia psiquiátrica, no puede por menos de llamarles la atención la falta de protección, la facilidad de reclusión, la prolongación de la misma, la indefensión social al salir de alta, de los enfermos mentales. Máxime si no conocen toda esta evolución que aquí hemos intentado plasmar someramente y que a nosotros quizás nos tranquiliza, pero que no podemos convertir en un escudo protector que nos haga impermeables a toda innovación y nos haga sordos a toda voz que venga del exterior.

Creemos que estos profesionales de la psicología, de

la sociología o del Derecho, ven con ojos claros esta situación de injusticia en que el enfermo mental se encuentra habitualmente. Y no deberíamos ser nosotros, los profesionales de la psiquiatría o de la asistencia psiquiátrica, por el hecho de estar avezados a la lucha habiendo conseguido tan poco, los que les desanimásemos a denunciar la situación de marginación que los enfermos mentales padecen.

Otra cosa es que se quiera buscar la solución únicamente desde el campo de visión de alguno de estos profesionales, sin contar con los criterios fundamentalmente médicos que deben primar en todo lo referente a planificación de una asistencia a enfermos. Ni que se pretenda negar la enfermedad mental considerándola como algo inexistente, y se quiera paliar con una apariencia de cuidados primarios, el drama interior y socio-familiar que supone una enfermedad mental.

Abogamos por un acercamiento interdisciplinar al problema, y por unas soluciones de tipo científico, pero que tengan en cuenta toda la realidad individual y social de cada país y de cada momento histórico.

c) Junto a estas consideraciones de tipo terapéutico y de índole socioasistencial, habría que tener en cuenta también la diferenciación neta que hoy se puede hacer entre enfermedades mentales y trastornos neurológicos como pueden ser las epilepsias, las oligofrenias o las parálisis cerebrales, ya que la orientación asistencial ha de ser forzosamente distinta y el hecho de permanecer todavía en la misma institución enfermos tan diversos no solamente justifica parte de las críticas que hoy se hacen a la asistencia psiquiátrica, sino que la esterilizan y confunden a la opinión pública respecto a las medidas que se toman desde un plano político o de planificación de la Seguridad Social de un país concreto.

POSIBLE ADAPTACION DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

a) Ante tales perspectivas y contando con la realidad tanto terapéutica como social de un país moderno, sería pueril querer mantener la actual estructura y organización de los Hospitales Psiquiátricos, como si nada hubiese ocurrido en el panorama social y asistencial en los últimos años.

Por ello propugnamos que tanto las Corporaciones responsables de la asistencia psiquiátrica, como los dirigentes de las Instituciones psiquiátricas y los profesionales de la asistencia psiquiátrica, se interroguen y respondan al reto que las nuevas tendencias proponen hoy como una alternativa al viejo sistema asistencial.

Y antes de dar acogida a cualquier idea pueril que pretenda solucionar el problema con remedios inadecuados o simplemente parciales, ofrezcamos desde nuestra experiencia una solución viable y lo suficientemente sa-

tisfactoria para resolver el problema desde las distintas vertientes que presenta.

Por ello nosotros, desde nuestro ángulo de visión de instituciones psiquiátricas, podemos aportar soluciones válidas de adaptación de las mismas que, en un determinado momento puedan encajar en el sistema asistencial que se habilite en un país determinado.

b) Como consideramos que el desmantelamiento de la actual estructura hospitalaria puede hacerse en etapas diferentes y no creemos que haya una solución o forma única de evolución, me limitaré a relatar la experiencia de nuestro Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat, en Barcelona, en el que, desde hace años, estamos empeñados en esta ardua tarea de adaptación a los nuevos sistemas asistenciales.

SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

Se trata de un Hospital Psiquiátrico fundado en 1854 que, cien años después de su fundación, contaba con 1500 enfermos llegando unos años después, en 1968 hasta 1800 enfermos, distribuidos en 11 pabellones de diversa capacidad, entre 50 y 200 enfermos cada uno. Un Hospital con su sala de hidroterapia, con su pabellón de supervigilancia compuesto de celdas protegidas, con su enfermería somática para tratar las enfermedades somáticas intercurrentes, con su sala de operaciones en donde también se tratan los procesos quirúrgicos agudos, con sus gabinetes de especialidades diversas: oftalmología, otorrinolaringología, odontología, radiología, para todos aquellos residentes que precisen de sus servicios, ya que prácticamente van a pasar su vida en el Hospital una gran parte de ellos.

El Hospital dispone también de talleres de laborterapia, de un salón de cine y teatro con 800 butacas, de bar, de capilla, farmacia y diversas tiendas para poder adquirir todo aquello de uso habitual entre los internados: tabaco, objetos de escritorio, colonia, comestibles, etc.

Como se puede apreciar se trata de un pequeño pueblo en el que la dinámica interna se acomoda a las funciones que tiene que realizar. Es decir tiene que proveerse en el interior de todo lo que a lo largo de la vida van necesitando las personas.

a) *El cuerpo facultativo del Hospital* también es limitado en los inicios de esta última etapa que consideramos, es decir hacia la celebración de su Centenario en 1954. Los médicos son ocho que vienen al Hospital un par de horas alternos. En los años sucesivos aumentan en número y horas de dedicación ya que se va viendo la necesidad de más actuaciones terapéuticas y las posibilidades son realmente halagüeñas.

Juntamente con el aumento del cuerpo médico, se contratan Asistentes Sociales y se abre el Departamento de Psicología.

Desde hace algunos años funcionan los Dispensarios en el propio Hospital y algunos otros en pueblos limítrofes pero de una forma un tanto espontánea, sin una planificación de conjunto.

Con esto queremos indicar, no las buenas cualidades del Hospital de San Baudilio, que será objeto de otro estudio, sino indicar que su evolución ha sido poco más o menos la de casi todos estos grandes Hospitales Psiquiátricos que en nuestro país han existido.

Pero, en este momento, lo que reclama nuestra atención es el proyecto, que en parte es ya realidad, que nos hemos puesto como meta. El transformar el antiguo y renovado Hospital en algo verdaderamente útil y que encaje en una planificación moderna de la Asistencia Psiquiátrica como la que se está proyectando en Cataluña.

b) Para ello, lo primero que creemos haber logrado es la decidida voluntad de colaborar en un plan conjunto, realizado para los casi 6 millones de habitantes que tiene la región que nos ocupa (Cataluña) y que hoy es un territorio preautónomo con personalidad bien definida.

Dentro de él, existen cuatro circunscripciones o Provincias que son hoy, todavía los entes que organizan y se responsabilizan de la asistencia psiquiátrica, a través de sus Diputaciones.

Dado que nuestro Hospital está en la Provincia de Barcelona con una población de cinco millones de habitantes, se hacía necesario sectorizar dicho territorio para asignar competencias y obligaciones.

Hoy, se está ultimando este proceso y cada Hospital tiene asignado un sector según su capacidad de camas. Son 9 los Hospitales Psiquiátricos.

Como competencia propia del Hospital, ese sector está, a su vez, subdividido en cuatro subsectores, que corresponden a una región geográfica, y que en nuestro caso tienen una población de unos 400.000 habitantes cada uno.

Está iniciándose en estos momentos la puesta en marcha de los Dispensarios extrahospitalarios, uno en cada subsector, que financiados por la misma Diputación provincial permitirán ampliar el radio de acción del Hospital, acercándonos a la población que tenemos asignada, y al propio tiempo permitirán un primer contacto con los pacientes y con sus familias, de donde se derivarán indudables beneficios para el paciente evitándose internamientos innecesarios.

Aunque estamos convencidos de que este plan, que no es ni siquiera original, pues ya ha sido ensayado en numerosos lugares, no es suficiente para resolver los problemas de toda la población, y se necesita coordinar todos los esfuerzos disponibles, tanto en los Hospitales Psiquiátricos como en los Generales e incluso en los centros de salud que se crearán en breve, nos parece importante haber logrado este consenso de las Instituciones Psiquiátricas y lo consideramos un plan

de conjunto que puede ser efectivo a corto y largo plazo.

Naturalmente que, junto a esta planificación consideramos importantes otras facetas que son las que de una forma pomposa, hemos llamado desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico.

Nos referimos a la división que ya está comenzada en cuanto a su dinámica, pero que tardará en realizarse de forma arquitectónica y total, del Hospital en tres grandes unidades.

Por una parte el Hospital Psiquiátrico ha desgajado ya de su dinámica psiquiátrica general a los dos grupos más especializados de pacientes como son: los subnormales profundos y la psicogeriatría. Y esto, no porque intente dejarlos abandonados, dedicándose, como muchas veces se ha hecho, a los pacientes más agradecidos desde el punto de vista terapéutico, sino porque su tratamiento requiere otro ritmo y otras técnicas que los responsables de esas Unidades pondrán por obra.

Por otra parte, el resto de pacientes, es decir, los propiamente enfermos mentales en proceso evolutivo de su enfermedad, quedarán reducidos a unos 300, instalados en unidades o clínicas más reducidas y con una dinámica de internamientos o salidas acomodada a las necesidades de su cuadro morbo.

Este movimiento no les permitirá estabilizarse en la institución y a la familia y a la sociedad la hará más consciente de la obligación de colaborar en la rehabilitación del enfermo mental.

Juntamente con esta división exterior si se quiere, pero necesaria ha de ir el mejoramiento progresivo de la asistencia, dotando los servicios de más personal y mejor preparado. Para ello, el Hospital se ha propuesto una programación de la formación continuada, tanto en médicos, como en personal de enfermería titulado y no titulado.

La Escuela Profesional de Enfermería que existe en el mismo Hospital imparte cursos anuales con los que se obtiene en un ciclo de dos, el título de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico. Y para los Auxiliares de Enfermería existen cursos anuales que dan derecho al Diploma correspondiente.

Las sesiones clínicas y reuniones periódicas de cada

uno de los equipos son el complemento a la formación continuada de todo el personal.

Es un deseo poder poner en marcha en breve tiempo, y con el objeto de dinamizar los dos sectores que hemos segregado: Subnormales profundos y psicogeriatría, unos hospitales de día para cada una de dichas unidades, que permita seleccionar los internamientos y diferirlos cuanto sea posible para que permanezca en casa el paciente en tanto sea posible.

CONCLUSION

Es evidente que todo este proceso es algo que conlleva tiempo y paciencia, pero creemos que nada importante puede hacerse sin esos dos ingredientes.

Esto es tanto más importante, cuanto se ven ejemplos de algunos países que intentan planificar la asistencia psiquiátrica sin tener en cuenta la realidad actual de sus instituciones. Haciendo surgir de la nada todo un complejo asistencial, orientado más por criterios políticos que médicos y asistenciales, y dejando abandonados a los Hospitales Psiquiátricos que, si bien es verdad tienen sus taras por efecto de la larga andadura que han soportado, son también las instituciones que cuentan con los hombres más especializados y más dedicados a los enfermos mentales.

Y no sería raro que los nuevos centros, surgidos al calor de ideas novedosas, sean solamente una cortina de humo para aparentar un interés por estos enfermos, pero que, a la larga, cuando se vayan seleccionando casos de difícil tratamiento, no susceptibles de ser atendidos en los centros extrahospitalarios, se descubra que no contamos con centros adecuados por haberlos abandonado a su suerte y por nuestra incuria.

Estas líneas quieren solamente poner la atención sobre lo mucho que se puede hacer desde los Hospitales Psiquiátricos, siempre que se les acomode a su función de hoy y se les coordine con otros centros de atención primarias.

RAMON FERRERO, O. H.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y SUS DIRECTIVOS

INTRODUCCION

Parafraseando la definición de Adam Smith, que veía la economía como la ciencia de la riqueza, podríamos afirmar con mucho mayor propiedad que la economía es la ciencia de la pobreza.

En 1979 cuando el hombre ha realizado viajes a la Luna, cuando todos los rincones de la Tierra pueden comunicarse, cuando el proceso tecnológico parece lanzado en una desbocada carrera hacia adelante, el hecho indiscutible del hambre como problema sin solución alguna a escala mundial, subraya la vigencia de la segunda definición. De hecho hoy por hoy, la única realidad útil para un economista es esta pobreza y esta hambre que han sobrevivido a milenios de esfuerzo y de progreso.

La definición válida hoy por hoy de la ciencia económica, es aquella que habla de unos *recursos limitados* y de su *uso* con el fin de obtener bienes y servicios para su posterior *distribución*.

Tomada en este aspecto tan amplio, podemos considerar la economía tan antigua como la propia humanidad, por cuanto siempre ha existido la lucha por la obtención de unos bienes mediante el uso de unos recursos limitados y siempre se ha planteado el posterior problema de la distribución.

EVOLUCION DEL PROBLEMA ECONOMICO

Sin pretender profundizar en la historia económica, pasamos a analizar brevemente cuales han sido las soluciones que se han ido presentando al problema fundamental de la economía que hemos presentado en su definición.

Cronológicamente y adentrándonos hasta las sociedades más primitivas, podríamos distinguir hasta el presente cuatro etapas fundamentales.

El poblado o la tribu.

Economías orgánicas tradicionales

Bajo formas muy variadas este ha sido el esquema de organización más primitivo. Las actividades econó-

micas (caza, cultivos, etc.) no tienen estatus propio, sino que están dentro del conjunto de reglas político-religiosas.

La característica fundamental de la economía en este tipo de organización es su dimensión muy reducida. Por ello, tanto en la utilización de medios, limitadísimo en tecnología y tradicionalmente invariables, como por la forma de distribución de los mismos en que la presión del grupo sobre los individuos es tan fuerte que la noción de autonomía individual apenas existe, carece de sentido hablar de posibilidades de superación o mejora.

El grupo está demasiado ocupado en sobrevivir y los bienes son tan escasos, que carece de sentido en este caso hablar de superación. La sociedad tribal se repite a sí misma generación tras generación, encerrada en su propia pobreza y de este modo se ha prolongado su existencia hasta nuestros días.

Los grandes estados absolutistas

Este es el sistema que construyó las pirámides o el palacio de Versalles. Las características fundamentales de este sistema son las siguientes:

- Existencia de una casta teocrática que sin consultar al pueblo elige por sí misma un número limitado de proyectos que son puestos en ejecución. Dicha casta es la gran beneficiaria de estos proyectos realizados para la comodidad o la satisfacción personal de los dirigentes.
- Existencia de unos métodos de trabajo capaces de coordinar de manera precisa diferentes equipos de trabajo. De todos los recursos disponibles adquiere singular relieve el trabajo humano que es la base fundamental para la realización de las obras propuestas.
- Existencia de una burocracia centralizada, lo suficientemente fuerte como para canalizar una parte muy importante del producto nacional (es decir de los bienes producidos) hacia los fines propuestos.

La sociedad presentada en este sistema, tiene como característica fundamental su estatificación clasista en

una pirámide de base enorme, por encima de la cual existan la clase burocrática y la minoría gobernante en número muy reducido.

Este sistema de organización que se ha demostrado capaz de construir no sólo templos y palacios, sino también obras de interés público (riegos, etc.), constituye un marco propicio para cierto desarrollo cultural, pero es incapaz de generar una sociedad abierta al progreso.

La sociedad basada en la dirección teocrática de una minoría, tiene ligado su destino al de esta minoría. El divorcio entre el pueblo y los dirigentes era total y cuando desaparecen los dirigentes, el pueblo sin otra capacidad que la de ser *mano de obra* dirigida, se hunde en el estancamiento. De este modo podemos comprender la desaparición sin que dejen otro resto que las ruinas de sus obras, de sociedades complejas y aparentemente muy desarrolladas, tales como las de Egipto, Mesopotamia, los Maya, etc.

Hasta el momento hemos planteado dos formas de solución al problema que tienen como característica fundamental su imposibilidad de desarrollo. El modelo tribal y el modelo de la supermáquina-teocrática de los grandes estados existe desde la noche de los tiempos y ha pervivido hasta nuestros días, siempre igual a sí mismo sin variaciones en su estructura y sobre todo sin ninguna posibilidad de proyección cara al futuro.

La base que ha permitido hablar de la sociedad como una función de desarrollo aparece en Europa bajo diversas formas desde la Edad Media. No se trata en modo alguno de una solución arquetípica perfeccionada día a día sino de un proceso más o menos vacilante que cabalgando ante todo ante el desarrollo tecnológico ha permitido alcanzar cotas en las que la supervivencia no es ya un problema insoluble o el privilegio de unos pocos y que por tanto deja un campo a la creatividad que en definitiva es la base de todo desarrollo.

Las soluciones que a lo largo del tiempo se han presentado pueden centrarse en dos grandes grupos cronológicamente situados uno a continuación del otro y que suponen las otras dos soluciones al problema planteado inicialmente.

La corporación

Aparace en la edad media al decaer el feudalismo. Parte de la premisa de la desaparición del mundo de siervos y señores que caracteriza a la alta edad media y que podría situarse en alguno de los sistemas anteriormente descritos.

El gremio, que se basa en la posibilidad de unas actividades *independientes* de las puramente agrícolas o ganaderas y *que ocupan totalmente* el tiempo de determinados elementos de la sociedad. El gremio supone la consagración de unos principios de *división del trabajo* y sobre todo las *bases de una técnica*, que puede *aprenderse* y sobre todo que puede *perfeccionarse*. La

gradación social como base del desarrollo profesional, el espíritu comparativo de una misma vocación común que arregla los conflictos y garantiza la calidad son otros tantos tratos positivos que deben tenerse en cuenta al analizar los valores del régimen corporativo.

Sin embargo el Corporativismo no aprovecha las posibilidades apuntadas y no significa por sí mismo en modo alguno la apertura al progreso. La enorme dificultad de comunicación y transporte supone ante todo una atomización del mercado en zonas que por su extensión geográfica no justificaban prácticamente ningún esfuerzo expansivo en cuanto a una mayor producción, el estancamiento fue por tanto inevitable. El mundo gremial que inicialmente supuso una auténtica revolución en el mundo feudal se encerró en sí mismo, ahogado por la falta de comunicación, y produjo una estructura totalmente anquilosada y que pocas posibilidades podía aportar a una evolución.

En estas condiciones el desarrollo tecnológico, que permitió mediante la mayor facilidad de comunicaciones (descubrimientos geográficos, descubrimiento de las aplicaciones del vapor como fuente de energía, etc.); la creación de un mercado, más amplio y por tanto con unas posibilidades de absorción de productos extraordinariamente multiplicados, supuso el fin del mundo gremial existente en Europa hasta la revolución francesa.

Precisamente este fenómeno produjo la aparición del cuarto sistema económico que ha perdurado hasta nuestros días. Dicho sistema es:

La revolución industrial por el mercado y el empresario

La aparición de un mercado amplio y las enormes posibilidades que éste ofrecía dio lugar a una nueva óptica en el enfoque del sistema económico. No se trataba en modo alguno ya de sobrevivir, o de utilizar el único recurso posible, es decir, el trabajo humano para realizar unos pocos y costosísimos proyectos en bien de una minoría. No se trataba tampoco ya de alambicar una tecnología buscando en la obtención de una calidad la realización de un esfuerzo creador que no podría obtenerse en la cantidad. El desarrollo técnico, y sus posibilidades (transporte y mecanización) permitían ya la creación de tantas unidades de un bien, cuantas la técnica pudiese dar sin limitación alguna por el mercado. Los mercantilistas, llevados por el impulso de la revolución industrial sentaron las premisas básicas del sistema económico recién aparecido en los tres puntos siguientes.

- Libertad de comprar, vender, fabricar, iniciar negocios pudiendo cada cual erigirse en competidor o concurrente de los demás.
- Prohibición de trusts y coaliciones que limitasen la libre formación de precios de competencia.
- Aplicación de la economía de mercado no sola-

mente a los bienes sino también a los factores de producción (tierra, capital y trabajo humano).

Estos principios suponían ante todo la consagración de la empresa como fundamento en que se basaba el nuevo sistema económico. En efecto. La empresa en su doble vertiente de productora de bienes y consumidora de factores suponía la base de los dos grandes mercados que definían el funcionamiento de la sociedad. La apertura de estos mercados a todas las empresas suponía un ímpetu extraordinario de dinamismo, y progreso. De hecho fue el fermento empresarial quien realizó la revolución industrial y a través del mismo, con el crecimiento rápido de todas las producciones, se llegó desde fines del siglo XIX a la elevación de la renta nacional, y sobre todo a la aparición de sociedades estructurales abiertas al cambio permanente (a través de la contestación permanente que constituye el mercado).

El sistema de organización económico basado en el mercantilismo se manifestó extraordinariamente activo en el momento de crear recursos, sin embargo no resultó tan eficiente al plantear la segunda parte del problema económico, es decir, la distribución de la riqueza creada.

La consagración de la empresa como único instrumento creador de riqueza supone la posibilidad para aquellos que controlaban su funcionamiento, de controlar la riqueza producida. La oferta y la demanda que jugaban un papel fundamental en el desarrollo tecnológico (producir más a menos costo era indispensable). Supuso asimismo un grave problema al plantearse en el mercado de factores ya que el trabajo humano al ser tratado como un factor más, y no precisamente el más importante (la tecnología exigía cada vez más capital y menos mano de obra) quedaba sujeto a unas condiciones de contrato totalmente antisociales. La riqueza producida se empleó desde el primer momento en pagar al capital que suponía el progreso económico, en mucha más medida, que pagar el trabajo humano, del que por otra parte existía un exceso en la oferta.

La revolución industrial provocó en todas partes profundos traumatismos sociales que destruyeron la concordia, y justificaron la injusticia, no obstante resulta indiscutible la extraordinaria posibilidad creadora de un sistema que por otra parte ha pervivido hasta nuestros días justificando los esfuerzos realizados para paliar sus grandes insuficiencias.

LA REVOLUCION INDUSTRIAL

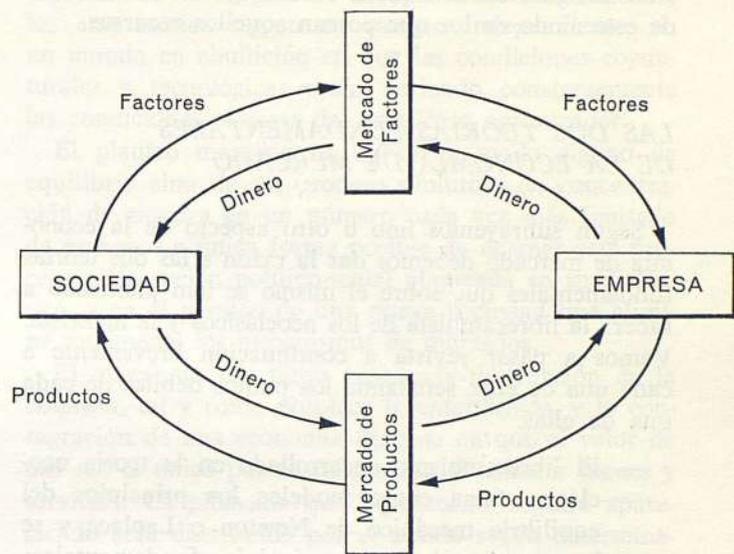
Vamos a intentar a continuación profundizar en el análisis brevemente esbozado de la revolución industrial. Al hacerlo debemos tener en cuenta ante todo las dos ópticas fundamentales según las cuales se ha enfocado el estudio de la economía de empresa y que

corresponden a los dos mercados planteados en el sistema librecambista:

Mercado de factores.

Mercado de producto.

El siguiente gráfico puede ayudarnos a centrar la cuestión:



Según puede apreciarse en el mismo existe un doble flujo en sentido opuesto. Por un lado la sociedad suministra factores de producción y la empresa suministra bienes. Por otro lado la transferencia de dinero, que adquiere en nuestra sociedad una importancia capital, como única base de cuantificación del valor de un bien, y supone la contrapartida al flujo anterior.

En este doble flujo, cuyos verdaderos impulsores son la empresa, catalizador en la creación de riqueza, y la sociedad que aporta los recursos, radica la verdadera fuerza creadora de la economía del mercado.

Este doble flujo que no es por otra parte continuo, ya que empresa y sociedad lo dividen en dos partes es decir, en los dos mercados de bienes y de factores, tiene la característica fundamental de su autorización, es decir, existe un número de empresas muy considerable y por otra parte no podemos hablar de factores más que como la integración de las voluntades individuales que constituyen la sociedad, precisamente en el momento en que nos planteamos esta división es cuando aparece el segundo problema ya apuntado anteriormente es decir, el de la distribución. Aun cuando la totalidad de los factores absorben en el mercado la totalidad de la riqueza producida en la empresa, el reparto de la misma de hecho puede no ser equitativo. La verdadera injusticia del sistema radica en que partiendo de esta falta de equidad también los bienes producidos se concentran en las manos de quienes posean aquellos factores que en el reparto de riqueza se lleven la parte del león, y sobre todo de que es quien controla la em-

presa quien tiene en sus manos la posibilidad del reparto a que antes hemos hecho alusión.

La empresa en la sociedad moderna juega por tanto un papel evidentemente paradójico, por un lado es el instrumento creador de riqueza, por otro la empresa llevada por el principio de seleccionar los recursos verdaderamente útiles pone las bases de una distribución desigual de la riqueza creada que se concentrará de este modo en los que posean aquellos recursos.

LAS DOS TEORIAS FUNDAMENTALES DE LA ECONOMIA DE MERCADO

Según subrayemos uno u otro aspecto de la economía de mercado debemos dar la razón a las dos teorías fundamentales que sobre el mismo se han planteado a saber: la librecambista de los neoclásicos y la marxista. Vamos a pasar revista a continuación brevemente a cada una de ellas señalando los puntos débiles de cada una de ellas.

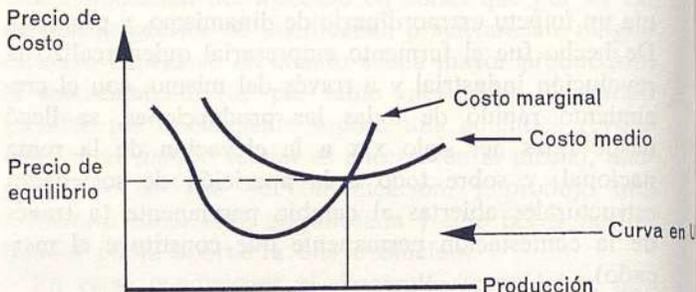
- El librecambismo desarrollado en la teoría neoclásica toma como modelos los principios del equilibrio mecánico de Newton o Laplace y se basa en los siguientes principios fundamentales:
- Hace hincapié en el valor de la economía de mercado; cada agente de la economía buscará siempre su mayor beneficio en una situación teórica de competencia.
- La aplicación del lenguaje matemático (Walras, Pareto, etc.) da lugar al planteo de un modelo teórico que pretende explicar el funcionamiento del sistema económico actual.
- Este modelo se funda en la continuidad de todas las funciones y en la evolución del sistema por modificaciones marginales de las magnitudes afectadas.
- En estas condiciones el modelo evoluciona hacia la situación de equilibrio que resulta de la igualdad de los valores marginales de todas las variables.

La cúspide de la teoría se alcanza en la demostración de los teoremas de optimización de los equilibrios del mercado. El óptimo económico supone necesariamente un estado de equilibrio y recíprocamente el equilibrio supone necesariamente un óptimo. La teoría del equilibrio general no constituye en sí más que una aplicación práctica del método de los multiplicadores de Lagrange en el cálculo de unos extremos ligados.

La admirable coherencia matemática y lógica de los modelos de la microeconomía no es más que un intento de subrayar el aspecto esencialmente positivo de la economía empresa y mercado como creadora de riqueza. Sin embargo dicha coherencia sólo puede preservarse al precio de un desfase entre modelo y realidad que disimule los problemas anteriormente citados.

En efecto, sin justificación alguna todo modelo microeconómico supone los siguientes puntos.

- Un número de bienes limitados y no diferenciados (no hay innovación).
- Unas utilidades marginales decrecientes (que sólo es cierto en bienes primarios).
- Unos rendimientos marginales decrecientes según la famosa curva U que se da a continuación.



Dicha hipótesis es contraria a los hechos experimentados y en este sentido pueden ser esclarecedoras las palabras de Paul Guethy que afirma que «Cuando una producción se dobla, el precio de coste desciende un 20 %» y asegura que la aplicación de esta regla ha sido la causa de que se convirtiera en el hombre más rico del mundo.

- Posibilidad de información completa y gratuita de técnicas y mercados.
- Inexistencia de elementos de producción que alteren las condiciones ya que de no ser así el equilibrio aunque buscado será difícilmente alcanzado.

De acuerdo con todo lo dicho resulta evidente el desfase entre esta teoría y la realidad observable y resultan por tanto lógicas las críticas que incluso desde dentro del sistema se han planteado. En este sentido y desde dentro del mundo empresarial se ha planteado un claro divorcio entre los teóricos de la economía del mercado y los empresarios, y mientras unos hablan de equilibrio reversible como base de optimización de beneficios, los otros buscan en la innovación técnica y comercial, en el sentido de la anticipación en los métodos de producción y formación de las personas o de los productos y en la búsqueda de relaciones y acuerdos que destruyen la hipótesis de libre competencia la obtención de beneficios, de este modo la empresa desaparece de la dimensión económica y viene a presentarse como un epifenómeno, y mientras los teóricos de la microeconomía mantienen sus hipótesis en la asepsia de la formulación matemática, los empresarios siguen su camino independiente, en un mundo en ebullición en que las condiciones coyunturales y tecnológicas están variando constantemente las condiciones teóricas del equilibrio optimizador.

El marxismo por su parte, basa su estudio en el tra-

bajo humano y esencialmente en el estudio de la productividad para enfocar el problema de la distribución de bienes.

Considera como principios fundamentales los siguientes:

- Un aumento de la productividad del trabajo por encima del nivel mínimo de supervivencia crea un excedente y como consecuencia del mismo la posibilidad de una lucha por el reparto de este excedente.
- No podemos hablar de mercado libre y competitivo por cuanto existen órganos políticos en la sociedad que detentan el poder.
- Existe una total separación entre los medios de producción y el productor. El capital es el que posee dichos medios y tiene en sus manos realmente la producción.
- La plus-valía que no es más que la expresión monetaria del excedente es tomada por la clase dominante produciéndose de este modo la desigual distribución de la riqueza.
- La existencia de un valor de uso y un valor de cambio en los bienes que se producen subraya la doble vertiente de los bienes en cuanto a su aplicación como satisfacción de una necesidad humana y a su valor como mercancía, y abren las puertas al análisis.
- La aplicación de la ley de oferta y la demanda tanto al trabajo como a los bienes producidos justifica una progresiva generalización de la producción de mercancías y una alienación de la masa trabajadora sometida cada vez más a la presión de nuevas y mayores necesidades.
- El planteo marxista de la economía mercantilista tiene como consecuencia lógica, por extrapolación de una situación presente, en primer lugar la concentración de la plusvalía en manos de la clase detentadora del poder y de los medios de producción, dicha clase utiliza el mecanismo del mercado para a través de la creación de nuevas necesidades, obtener nuevos beneficios, que a su vez supone una nueva aportación de plusvalía que inicia de nuevo el proceso.

ANÁLISIS DE LAS DOS TEORIAS

De acuerdo con todo lo dicho resulta evidente el desfase entre esta teoría y la realidad observable y resultan por tanto lógicas las críticas que incluso desde dentro del sistema se han planteado. En este sentido y desde dentro del mundo empresarial se ha planteado un claro divorcio entre los teóricos de la economía del mercado y los empresarios, y mientras unos hablan de equilibrio reversible como base de optimización de beneficios, los otros buscan en la innovación técnica y comercial en el sentido de la anticipación en los

métodos de producción y formación de las personas o de los productos y en la búsqueda de relaciones y acuerdos que destruyen la hipótesis de libre competencia, la obtención de beneficios. De este modo la empresa desaparece de la dimensión económica y viene a presentarse como un epifenómeno, y mientras los teóricos de la microeconomía mantienen sus hipótesis en la asepsia de la formulación matemática, los empresarios siguen su camino independiente, en un mundo en ebullición en que las condiciones coyunturales y tecnológicas están variando constantemente las condiciones teóricas del equilibrio optimizador.

El planteo marxista no habla en modo alguno de equilibrio sino de un proceso evolutivo de concentración de riqueza en un número cada vez más limitado de manos. La única forma posible de detener este proceso es la acción político-social planteada en su dialéctica, y en el planteo de una nueva sociedad que elimine totalmente los mecanismos de mercados.

El marxismo por tanto supone la destrucción de la empresa, tal y como nosotros la entendemos, y la consagración de una economía dirigida en que el valor de uso sea el único patrón de medida al calibrar bienes y servicios. La plusvalía que lógicamente seguirá apareciendo será distribuida por el estado según determinados criterios preestablecidos.

Los aspectos positivos del marxismo radican en la integración del sistema económico en el mundo social y político y en el planteamiento dinámico de la economía. El cambio ignorado por los librecambistas adquiere de este modo un valor fundamental.

No obstante la teoría marxista al plantear la necesidad de un orden nuevo ignora las ventajas extraordinarias de la empresa como fuente de desarrollo. Una economía planificada exige de un aparato matemático para ser planteada correctamente que supondrá una serie de simplificaciones en el planteo y una tosquedad en las soluciones que contrastan enormemente con la riqueza de matices obtenidos en la solución mercantilista. Por otra parte al centrar toda la problemática del mundo económico en el contexto político-social y en el aspecto del trabajo olvida una serie de otros factores que también tienen su peso al plantear la evolución.

Extrapolación en el tiempo de las condiciones actuales llegando a soluciones opuestas que llevan como consecuencia la inutilidad de todo cambio ante una solución perfecta o la necesidad de un nuevo planteamiento de la sociedad.

La teoría planteada por unos y otros contrasta con la realidad de la empresa que por un lado ha superado los planteamientos neoclásicos y por otro lejos de las previsiones marxistas la evolución de la economía mundial, con una mayor renta y una evolución real del nivel de bienestar pone de manifiesto la enorme dificultad de extrapolar en el tiempo y la necesidad de plantear en nuevos términos el funcionamiento real de la economía.

NUEVO PLANTEO ECONOMICO

Las bases de este nuevo planteo deben tener en cuenta los aspectos positivos señalados en ambas teorías, explicadas anteriormente, e intentar no caer en los mismos errores; es por ello interesante citar como premisas básicas, que deben fundamentar una nueva teoría microeconómica:

- El éxito y la creatividad de la economía empresarial moderna. Ignorar este hecho supone cerrar muchas puertas al progreso.
- Planteo de la economía en el contexto político social del entorno, admitiendo la enorme influencia que dicho entorno posee sobre el mundo económico y analizando dicha influencia para corregir los posibles fallos en la distribución de la riqueza. (Poder de los sindicatos, política fiscal, asistencia pública en determinados servicios, igualdad de oportunidades, etc.)
- Planteo de la gestión empresarial no como un método de optimización de beneficios sino dejando las fronteras abiertas a la innovación.
- Planteo de la economía no como un método de satisfacción de las necesidades más perentorias sino como consecuencia del mayor nivel de desarrollo buscar una realización del hombre no en el nivel biológico sino en el aspecto intelectual y cultural.

En resumen, estos puntos significativos que acabamos de anotar permiten plantear nuevas formas de la economía y así como la función social de la empresa en un contexto completo y coherente cara al futuro.

Hemos llegado al final de un camino que partiendo del concepto tradicional de la economía nos ha conducido a la formulación de una serie de premisas que nos dan una cierta perspectiva de la empresa y de la Sociedad del futuro.

LA FUNCION SOCIAL DE LA EMPRESA

La función fundamental de la empresa en la sociedad moderna puede centrarse en los siguientes puntos.

- a) *Respuesta a las necesidades corrientes.* produciendo riqueza y creando empleos a las actividades personales de los individuos. Si los productos y los procedimientos son vulgares el beneficio necesario para continuar, sólo puede provenir de la lucha contra el despilfarro.
- b) *Innovación y creación de nuevas riquezas.* Descubrimiento de oportunidades, innovación, etc., reacción en cadena de una nueva técnica son funciones movidas fundamentalmente por la dinámica empresarial.
- c) *Creación de riqueza para el desarrollo de los hombres abriendo un nuevo campo de enriquecimiento personal por múltiples vías.*

- Adquisición de conocimientos de forma espontánea.
- Adquisición de conocimientos a través de la formación.
- Trabajo en equipo.
- Progresión de las responsabilidades.

d) Tendencia a la adaptación a un ambiente humano:

Esquemáticamente resumida en el doble aspecto de influencia del medio social económico en la empresa y en la contrapartida del apoyo y respecto por parte de la empresa de los valores socio-culturales dominantes.

La empresa no puede permanecer pasiva en el plano cultural sino que debe ser un foco de radiación que implante técnicas, de investigación, de formación, de organización, etc.

a) La empresa debe ser un órgano de transformación de la sociedad en sentido positivo.

La acumulación de pequeñas transformaciones empresariales en los hombres, o los medios produce vastas transformaciones por la elevación del nivel de vida, la acumulación de conocimientos, etc.

f) La empresa debe apuntar a una colaboración con los poderes públicos portadores de las necesidades colectivas y no en el sentido de sometimiento sino sobre todo en una interacción creativa.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LOS DIRECTIVOS

Hemos presentado diversas funciones que la empresa del futuro debe cumplir en la sociedad; es fundamental la mentalización de los dirigentes empresariales en este sentido de modo que su acción planificadora esté de acuerdo con esta funcionalidad, en este sentido pasamos revista a continuación a las posibilidades de acción que la empresa y por ende los dirigentes tienen sobre la sociedad.

La empresa está sujeta a diversas influencias exteriores, independientemente de las inherentes a su naturaleza y a las técnicas que emplea, tales como factores económicos, políticos, tecnológicos y sociales. Pero, en el otro sentido, es también evidente que ejerce cierta influencia en el mundo que le rodea, en sus competidores, en la economía nacional e incluso en la evolución y en el ambiente social.

El alcance de esta acción, y por ende, la medida en que la dirección puede modificar estos elementos para alcanzar sus fines, dependerán del tamaño e importancia de la empresa, aunque estos dos factores tengan evidentemente carácter relativo. En un país poco industrializado, un establecimiento de modestas dimensiones pero que goce del monopolio puede ejercer profunda influencia, sobre todo si se dedica a la fabricación de

un producto (o explotación de un servicio) muy solicitado por otras empresas o por los consumidores.

Una empresa muy importante en la economía de un país puede influir en beneficio propio en las decisiones del gobierno, como por ejemplo en materia de tarifas aduaneras.

Dentro de las fronteras nacionales podrá imponer sus condiciones a los consumidores, a menos que el gobierno intervenga para controlar los precios.

Respecto a la técnica, la influencia que puede ejercer cualquier empresa será primordialmente a costa de sus niveles. Si puede colocarse y mantenerse a la vanguardia, obligará a sus competidores a gastar más dinero para no quedar a la zaga, si bien siempre se hallarán un paso detrás.

En un país pequeño y con escasa industria, una industria de este género puede actuar considerablemente en la orientación y desarrollo de la formación técnica.

En cuanto a los efectos sociales que puede producir una empresa en un país en vías de desarrollo, podrán ser beneficiosos o perniciosos. Una empresa poderosa que ofrezca nuevas oportunidades de empleo influirá, mediante sus normas sobre personal, en el clima social de los industriales que se establezcan después de ella.

Si sus políticas son liberales y la dirección tiene verdadero sentido de responsabilidad hacia los trabajadores, el clima será propicio para la paz industrial. Si, al contrario, la primera experiencia de los trabajadores en una industria en gran escala es mala, si la empresa utiliza su fuerza económica para explotarlos, inevitablemente se suscitará reacciones que perjudicarán a las demás industrias, puesto que se establecerá un ambiente de desconfianza y enemistad que tardará mucho en disiparse.

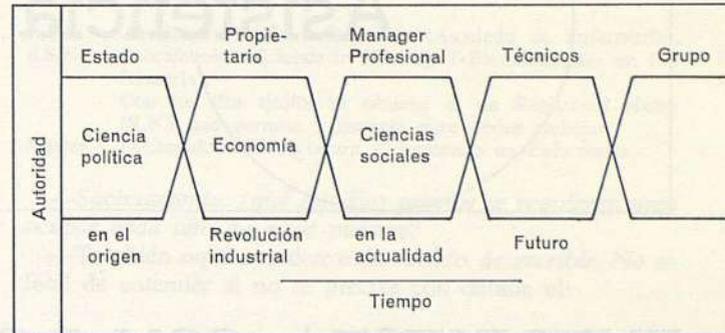
Cualquier empresa, por pequeña que sea, y que haya sido la primera en establecerse en una zona rural no sólo podrá ejercer profunda influencia en dicha zona, ya que los salarios industriales son casi invariablemente superiores a los ingresos de la agricultura, sino que también será responsable desde el punto de vista social, introduciendo un nuevo tipo de jerarquía diferente del poder de los propietarios locales. También puede contribuir a minar la autoridad, pues los jóvenes (y en menor grado también las jóvenes) que trabajan en empresas ganarán tal vez más dinero que sus padres, y por este hecho no se inclinarán mucho a continuar obediéndolos.

Los elevados salarios que después de la segunda guerra mundial se han ofrecido a los adolescentes en muchos países industriales por trabajos rutinarios y sin calificación han producido este mismo efecto. En muchos casos, los padres tienen dificultades para retener a los jóvenes bajo su autoridad.

La empresa puede, asimismo suministrar por primera vez a los miembros de la comunidad rural la ocasión de practicar los deportes y beneficiarse de una instrucción más completa.

RESUMEN

Mason Haire, trata las etapas que ha atravesado y atravesará el poder con el paso del tiempo.



Ante esto, se nos presentan las preguntas que ante cualquier problema, debemos hacernos:

¿Es inevitable el seguir este camino?

Mason, no dice que todos los grupos de trabajo poseerán igual poder, sino que lo que sí sugiere, es la inevitabilidad de que el grupo de trabajo asuma la dirección.

De todas formas no hemos de confundir un orden mejor, con un orden evolutivo inevitable. Mientras existan situaciones en que los grupos de trabajo resultan ineficientes y mientras mucha gente crea que el tomar decisiones por los grupos de trabajo es lo mismo que dejar a la «supremacía de la ignorancia sobre el conocimiento y del número sobre la formación», la dirección colegiada se verá limitada.

Y aquí es donde también la dirección actual, debe actuar de forma que se mentalice a los distintos niveles para que este cambio se produzca como antes decíamos de forma armónica.

Esta mentalización, servirá para comprendernos más unos y otros y aceptar sin repulsa, sino con comprensión los criterios opuestos a nuestra manera de sentir y pensar.

Con todo ello, hemos intentado plantear cuáles son las funciones de la empresa en el mundo futuro y hemos revisado las múltiples formas de influencia que la empresa puede ejercer en la sociedad. El que esta influencia esté de acuerdo con el servicio de la sociedad planteada en los fines expuestos está en manos de los dirigentes de la misma que pueden utilizar su gran influencia en forma parcial en provecho propio y olvidando por tanto su función social. No parece exagerado por tanto hacer un llamamiento a la ética para aquellos que poseen en sus manos la enorme energía almacenada que significa una empresa.

CARMELO M.^a CABRE RABADA

Doctor ingeniero industrial

Asistencia y enfermería

ENTREVISTA CON ROSALIA RODRIGUEZ

Coordinadora de Programas de Formación
de Margaret Sanger Center, New York

Rosalía Rodríguez, extremeña, ha pasado una temporada en España. Pero no ha venido aquí de vacaciones. Traía un apretado programa de visitas, reuniones, comunicaciones. Su labor la desarrolló principalmente en Madrid y Barcelona. Nosotros teníamos concertada su visita a nuestro centro hospitalario a través de la división de Enfermería, especialmente concretada por los Asistentes o Trabajadores Sociales y un pequeño grupo de Matronas.

A sus muchos compromisos y trabajos añadimos, pues, esta entrevista a la que muy gustosamente se sometió. Y la verdad es que le estamos sumamente agradecidos, tanto por las razones de su principal compromiso de su visita al centro como por el que añadíamos con nuestras preguntas.

—¿De dónde eres? ¿Dónde has nacido?

—Nací en Badajoz.

—¿Dónde estudiaste la carrera?

—Estudié en Madrid, en la Escuela Central de la Cruz Roja, donde más tarde cursé Matrona.

—¿Desde cuándo resides en EE.UU.?

—Resido en los EE.UU. desde septiembre de 1976.

—¿Qué trabajos has realizado en los EE.UU.?

—En el campo de la Enfermería, éste es mi primer trabajo. A mi llegada a los EE.UU., tomé clases para perfeccionar mi inglés; después estuve estudiando en la Universidad Pace de Nueva York para preparar los exámenes de enfermera del estado de Nueva York y convalidar así mi título. En la actualidad poseo el título de Enfermera Profesional Registrada (Registered Professional Nurse, «R.N.») de dicho estado, sin el cual no es posible ni

trabajar, ni hacer ningún tipo de estudios en el campo de la Enfermería.

—¿En dónde y qué estás haciendo ahora? ¿En qué trabajas?

—Actualmente trabajo en el Centro Margaret Sanger de Nueva York en el Departamento Internacional de Formación en Planificación Familiar como monitora/profesora de cursos de especialización en Planificación Familiar para enfermeras-matronas y coordinadora de programas de formación para países de habla española, portuguesa y francesa.

—¿Por qué este campo de trabajo y no otro dentro de Enfermería?

—Ante todo tengo que decir que la Planificación Familiar para mí, es un servicio sanitario necesario como cualquier otro, para proteger y salvaguardar la salud física y mental del individuo. Elegí este trabajo, primero porque me permite aprender mucho dentro del campo que más me interesa que es el de la docencia; segundo porque a través de él me mantengo al día en todo lo que a Enfermería se refiere; tercero porque me da la oportunidad de emplear mis anteriores estudios y experiencias profesionales y en total, porque es un trabajo muy interesante y creativo.

—Concretándonos a nuestros intereses sobre la profesión de Enfermería nos vamos a centrar en dos puntos fundamentales y que nos preocupan sobremedida a los profesionales de la Enfermería española: Asistencia y Docencia. Esto es, hospitales, salud pública y estudios. La pregunta que te hago, en primer lugar, es: En nuestra reciente legislación hospitalaria Enfermería ha quedado totalmente olvidada. No influimos nada en la gestión del hospital. ¿Cómo está este asunto en la legislación estadounidense?

—En la legislación estadounidense, la Enfermería es

una entidad con funciones muy bien definidas que interviene en la administración y gestión del Hospital tanto como en la planificación de cuidados al enfermo. En todos los Hospitales hay un servicio de Enfermería, como lo hay médico, que interviene en todas las decisiones del Hospital. La directora de Enfermería es una enfermera con una licencia (Master) o un doctorado en Administración de Hospitales.

—¿Qué niveles de participación alcanza Enfermería en el ejercicio de sus funciones intrahospitalarias?

—La participación de la Enfermería en los Hospitales se ve a todos los niveles, desde el cuidado directo al enfermo, la supervisión del personal, la planificación de los cuidados de Enfermería, hasta la administración y dirección de su propio departamento dentro del organigrama hospitalario.

—¿El equipo de salud está aceptado en EE.UU. como rutina de trabajo o pasa como en España, que apenas si se sabe cuál es su significado?

—El equipo de salud está plenamente aceptado.

—La dicotomía en los servicios médico-enfermería, ¿está, por tanto, superada?

—Sí, por supuesto.

—Me gustaría preguntarte sobre los auxiliares de enfermería, ¿qué nivel formativo tienen?, ¿qué estudios requieren?, ¿qué funciones desempeñan?

—La auxiliar no está muy bien preparada en los EE.UU. Muchos Hospitales preparan a sus mismas auxiliares en el propio servicio o por medio de cursillos. Algunas Escuelas de Enfermeras ofrecen algún tipo de formación para personal auxiliar, en el que reciben un certificado. En determinadas áreas de especialización como laboratorio, dentistas, pediatría, y otros, emplean a los llamados *asistentes* los cuales tienen que poseer un título y a veces una licencia para poder trabajar. Estos asistentes estudian en Escuelas Técnicas y están preparados para trabajar sólo en su área de especialización. Los auxiliares en los hospitales desempeñan similares funciones a las desempeñadas por un auxiliar en España.

—Respecto a los que aquí llamamos ATS o los futuros Diplomados de Enfermería, ¿qué niveles se establecen dentro del organigrama del hospital estadounidense?

—Esta respuesta merece una explicación detallada, más precisa. Por tanto voy a utilizar papel y lápiz. Y nos hace el siguiente esquema u organigrama de Enfermería en un hospital de Nueva York.

A.D.N. o B.S.N. ↓	<i>Enfermera</i> (sin experiencia), tiene que aprender cómo funciona el servicio y demostrar si vale para dirigir las otras o supervisar.
A.D.N. o B.S.N. ↓	<i>Responsable enfermera</i> con experiencia. Responsable de una unidad a sus horas de trabajo solamente (8 horas). Enseña a las nuevas enfermeras.
B.S.N. ↓	<i>Supervisora</i> responsable de la unidad 24 horas al día. Su trabajo es de dirección y supervisión.
Master N. ↓	<i>Asistente del Director de Enfermería</i> . Encargada de toda una especialidad. (Cada especialidad tiene varias unidades).

Master o Doctorado *Director de Enfermería*. Al mismo nivel que el director médico. Es miembro de la junta del Hospital y toma decisiones en cuanto a Enfermería se refiere.

(Esta es la base de un organigrama, después cada Hospital añade puestos de trabajo que subdividen el mismo).

A.D.N. = Asociated Degree in Nursing. (Asociado de Enfermería).
B.S.N. = Baccalaureate Science in Nursing. («Baccalaureate» en Enfermería).

Con los dos títulos se obtiene el de Registered Nurse (R.N.) que permite y licencia para poder trabajar.

Master y Doctorado = Licenciatura y doctorado en Enfermería.

—*Sucintamente, ¿qué estudios previos se requieren para ocupar cada uno de estos puestos?*

—También aquí nos demanda *recado de escribir*. No es fácil de entender si no se precisa con detalle el:

ESCALAFON DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

TÍTULOS

<i>Auxiliar de Enfermera</i>	No necesitan ningún título oficial. Casi todos los Hospitales ofrecen cursillos y preparan a sus propias auxiliares.
<i>Auxiliar Técnica</i>	Necesitan un título oficial. Hay cursos de un año en diversas especialidades como dentista, laboratorio, pediatría, etc.
<i>Enfermera Práctica Licenciada (L.P.N.)</i>	Título oficial obtenido después de 2 años de estudios. Necesitan una licencia del Estado para ejercer, para lo cual tienen que hacer unos exámenes en el Departamento Estatal de Educación. No están capacitadas para ocupar puestos de responsabilidad. Trabajan bajo la supervisión de una R.N.
<i>Enfermera Profesional Registrada (R.N.)</i>	Este título se obtiene después de pasar los exámenes del estado para registrarse (colegiarse). Tener ese título es indispensable para estudiar o trabajar. A esos exámenes se pueden presentar:
<i>Asociados de Enfermería (A.D.N.)</i>	Dos años de estudios a más alto nivel que los de la enfermera práctica pero no a nivel universitario. Pueden hacer especializaciones pero no estudios universitarios de Enfermería. Pueden tomar puestos de responsabilidad pero no al nivel de supervisora de toda una unidad.
<i>Baccalaureate en Enfermería (B.S.N.)</i> ↓	Cuatro años de estudios a nivel universitario. Puede estudiar especialidades, o estudios superiores. Trabajar en la docencia y tener puestos de responsabilidad a nivel de supervisora.
<i>Master o Licenciatura</i> ↓	Tres o cuatro semestres de estudios superiores de Enfermería, normalmente en un área específica. Puede tener cargos de dirección, administración y enseñanza en Enfermería.
<i>Doctorado</i>	Varios semestres de estudios superiores después de un Master. Hacen investigación en un determinado tópico y presenta una tesis al final del programa.

—*Frente a los posibles fallos, equívocos, olvidos, etc., en que podemos incurrir los profesionales de Enfermería, ¿qué responsabilidad individual correspondería ante la Ley en los EE. UU.?*

—Ante la ley de los EE.UU., los profesionales de la Enfermería pueden tener dos tipos de responsabilidad: 1) criminal, si practican fuera de los límites que la ley ha definido para el ejercicio de su profesión, y 2) civil, si no practican la Enfermería con el mismo nivel de cuidados que el mismo tipo de enfermera en el mismo tipo de comunidad. Por ejemplo, la responsabilidad será diferente para una enfermera que trabaje en Medicina, ante un enfermo con una parada cardíaca, que una enfermera que trabaje en una Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología, aunque las dos sean enfermeras.

Un caso bastante frecuente en los EE.UU. es que las enfermeras y los médicos sean acusados ante el tribunal, cosa que en España o en Europa sería inconcebible.

—¿Tenéis establecidos previamente controles de calidad en el ejercicio de la profesión?

—Sí, en teoría. Me temo que en la práctica no sea siempre como se desearía. Para controlar la calidad de la Enfermería están haciendo muchas cosas y siempre diferentes; depende de dónde trabaje. Ahora, a nivel del Departamento Federal de Enfermería y de la Asociación y Liga de Enfermeras, en estos momentos se está estudiando el obligar al profesional a tener un cierto número de créditos que son obtenidos mediante cursos de formación continuada y exigirlos en el Colegio de Enfermeras para renovar la Licencia (es necesario renovarla cada dos años). También en casi todos los Hospitales de Nueva York, hay que hacer un examen en farmacología antes de pedir trabajo; en ese examen hay que obtener un mínimo de un 80 % bien.

—¿Qué controles de calidad aplicáis? ¿Con qué frecuencia?

—En general, en EE.UU. no se muy bien cómo se aplican y con qué frecuencia. Respecto a nuestro Centro lo que hacemos son evaluaciones de todos los programas de formación que ofrecemos.

—¿Cuál es la actitud de los profesionales de Enfermería ante las mencionadas responsabilidades y los controles de calidad?

—En el medio en el que me desenvuelvo, el profesional reacciona bien ante todo lo que represente una mejora en su propia educación, no sabría decirte en general, aunque creo que es una reacción positiva tanto ante responsabilidades como ante los controles de calidad, ya sean en forma de educación continuada o evaluaciones.

—¿Cómo establecéis en los EE.UU. los sistemas y programas de formación continuada dentro del sistema de asistencia hospitalaria?

—En todos los grandes Hospitales de los EE.UU., existe un departamento de docencia de enfermería que se dedica a organizar cursos de formación continuada para sus empleados y para todo el que quiera asistir (pagando una cuota). También hacen mesas redondas, organizan seminarios y grupos de trabajo en áreas determinadas por los participantes.

—¿Qué entienden en los EE.UU. por Enfermería de Salud Pública?

—La Enfermería de Salud Pública está muy desarrollada en los EE.UU. Para tratar de explicarlo hay que hacer una distinción: 1) los estudios de salud pública a nivel universitario, preparan al alumno para trabajar en

la administración, planificación y dirección de programas de salud; 2) los cuidados al enfermo en su medio, es decir en el contexto de su familia, trabajo o su comunidad está hecha por enfermeras especializadas en ello y aquí se llaman «enfermeras visitadoras» (visiting nurses).

—¿Qué gama de posibilidades constituyen el abanico de especialidades?

—Esta pregunta, a mi entender, necesita todo un artículo para ella sola, dado la enorme gama de especializaciones existentes. Mi intención es informarme sobre la misma y mandártelo más adelante.

—¿Qué grado de autonomía adquiere Enfermería en el ejercicio o desempeño de su profesión?

—En la práctica, la Enfermería es autónoma en todo lo que a cuidados de enfermería se refiere y dentro de los límites impuestos por la medicina.

—¿Hasta dónde puede llegar un profesional de Enfermería en el escalafón del organigrama hospitalario?

—Un profesional calificado puede llegar a ser director de Escuelas, director de Enfermería en un Hospital o clínica, como un médico puede llegar a ser director médico. También profesores de Universidad, etc.

—No nos des un consejo, pero si algunas vías de posible aplicación aquí en España cara a potenciar nuestro status profesional en bien de los enfermos.

—No me considero capacitada para dar ninguna vía a seguir en España en lo que a status profesional se refiere, pero no puedo resistir el decirte cómo enfocaría yo ese problema. A mi parecer la sistemática a seguir sería la siguiente:

1. Definir el status profesional del enfermero (ATS).
2. Analizar dicho status.
3. Incrementarlo o potenciarlo.

Para incrementar el status profesional del enfermero (ATS) habría que trabajar a tres niveles:

1. *Gobierno.* Cambiando las leyes existentes y haciendo que se reconozca la Enfermería como un cuerpo profesional autónomo que no debe depender de otro cuerpo cuyos profesionales no ejercen las mismas funciones ni tienen los mismos objetivos que los profesionales de Enfermería.

2. *Opinión pública.* Cambiando la imagen que se tiene del profesional de Enfermería como del que pone *inyecciones* y hace lo que le mandan.

3. *Profesionales de la Enfermería.* Mejorando su formación y preparándolos para el ejercicio de sus nuevas funciones. Sobre todo cambiando sus actitudes hacia su propio status como profesional.

(Lógicamente esto es solamente y muy resumido el resultado de un primer estudio del problema.)

Muy agradecidos, Rosalía, por las enseñanzas que nos has impartido. Ha sido para nosotros, todos los profesionales de la Enfermería española una auténtica lección de conocimientos y de buen hacer. Te tendremos muy presente a la hora de programar nuestra revista. Esperamos que nos sigas adoctrinando profesionalmente desde esa tu atalaya norteamericana. Gracias.

C. ESEVERRI CHAVERRI

Director de la División de Enfermería del hospital San Juan de Dios, Barcelona

Pastoral hospitalaria

SITUACION DEL ENFERMO CANCEROSO Y ESPERANZA CRISTIANA

HECHOS OBSERVADOS

Los hechos observados por el sacerdote o por el agente de la pastoral que tiene familiaridad con los cancerosos, parecen estar comprendidos en la siguiente comprobación: Abandonado a sí mismo, ningún canceroso, desde el momento en que ha tomado conciencia de la extrema gravedad del propio estado puede, sin la ayuda de otro, descubrir el sentido que el mensaje cristiano da a su condición.

En nuestra búsqueda queremos demostrar que *esperar* se resume en esto: Ser llevados por un amor operante y personal, amor de uno mismo, de los demás, de Dios; el hombre solo, frente a la prueba se siente ciego.

Nuestro esfuerzo de comprensión parte de hechos perfectamente sencillos y obvios. Este enfermo ya ha oído hablar del cáncer doloroso y desgarrador. Ha visto a hombres convertirse poco a poco en *cadáveres vivientes*; se le ha hablado de ano artificial, etc., pero nunca había sido *su* cáncer, no había sido *su* vida la que estaba en peligro. Ha visitado a moribundos, ha visto morir, pero era el cáncer de los otros, la muerte de los demás.

ENFERMO Y ENFERMEDAD

El enfermo ¿quién es? Un ser que vive con un *déficit*; una persona que está impedida en todas sus actividades; un segregado, un ser marginado de la sociedad.

El enfermo es un individuo estrechamente dependiente, un peso muerto, una *lata*, un ser inútil, un menor,

una persona que pierde todos sus derechos. El enfermo es también un ser que se interroga, que se plantea problemas, un ser que quiere vivir, tener éxito. Es sobre todo un ser que va a lo esencial de las cosas, y que es empujado fuera de sí para realizarse. Podemos concluir diciendo que el enfermo es un ser que ya no se posee a sí mismo, un ser que está en crisis.

La enfermedad, pues, provoca, en lo profundo del ser humano, una grieta, una ruptura; el enfermo está llamado a un nuevo equilibrio de sí. Este equilibrio será el resultado de una reconquista de sí en todas sus relaciones.

ENFERMEDAD Y CANCER

El enfermo, en primer lugar, cuando su estado canceroso es declarado o sospechoso, se hunde en un estado vertiginoso. Frente a esta nueva realidad, emocionalmente, el hombre no sólo no se posee ya, no sólo se siente truncado en su proyecto de vida, sino que siente como truncado el mismo devenir de su vida, tendente a su significado total: Le quedan cinco años de vida, tiene el 5 % de probabilidades de sobrevivir. Desarrolla toda una serie de mecanismos de defensa que la psicología y la observación clínica conocen.

Esta amenaza a nivel del ser el enfermo la siente sobre todo a partir del momento de la hospitalización. Esta amenaza está personalizada ante todo por los otros enfermos; el estado grave de uno de ellos, la muerte de algún otro son siempre espejos en los que fluctuar su imagen de mañana. El canceroso se hace entonces

egoísta y mudo; toda presencia es para él una amenaza. En el ya difícil diálogo entre su cuerpo y sí mismo, impuesto por la enfermedad, ese diálogo suplementario más o menos consciente entre sí mismo y el cuerpo paciente de los demás, con los cuales se identifica, más o menos, complica su comunicación, la hace más difícil.

Con frecuencia los grandes enfermos tienen una actitud pasiva frente a esa amenaza de su ser: Procuran reservar las fuerzas que todavía les quedan para un diálogo individual con el cáncer (y la muerte) en un campo espacio-temporal cada vez más reducido.

Disminuido, exhausto, el canceroso tiene un campo reducido de percepción de la gente y de las cosas, y se consagra a un objetivo: Si no se cura, por lo menos durar. Los demás enfermos (y con frecuencia también la familia) no teniendo ningún papel que desarrollar en el diálogo entre el enfermo y el cáncer, han perdido su realidad, ya no tienen presencia. El canceroso, pues, entra en un estado emotivo que llamamos: «El miedo a la muerte».

MIEDO A LA MUERTE

Esta está siempre presente, aun cuando al nivel consciente no constituye la preocupación dominante. Según los casos, esa preocupación puede ser eclipsada por la del sufrimiento o también por las inquietudes mucho más externas: Problemas económicos, familiares, religiosos; si bien es posible preguntarse si y en qué medida estos problemas no constituyen una defensa contra el miedo a la muerte. Es muy difícil describir este miedo. El miedo y la desesperación ante la muerte están esencialmente ligados al sentimiento de frustración, de insatisfacción de la vida. Estar dispuestos a morir, soportar la idea de la muerte, implica poder reflexionar sobre la propia existencia como sobre algo cumplido, perfeccionado armónico. *Prepararse a la muerte* es esencialmente esforzarse por revalorizar la vida pasada, por darle un significado satisfactorio.

Los cancerosos que se sienten más postrados ante la muerte son aquellos que reivindican el derecho a no morir en seguida, y este derecho lo fundan en la infelicidad de su vida, en la serie de fracasos familiares, etc.

Esta psicología de toma de conciencia de la muerte es maravillosamente presentada por Soljenitsin en *El pabellón de los cancerosos*.

«pero la libertad ya no tenía el sabor de antes: Ya no había cosa que le agradase: Ni el trabajo, ni la diversión, ni la bebida, ni el tabaco. Su cuello no perdía nada de su rigidez; al contrario, se contraía, se alargaba, se extendía... esperando otra operación, la segunda para su pobre cuello, pero en total, la tercera; sólo entonces Efrén no había podido mentirse a sí mismo; la mentira se había acabado; se persuadió de que tenía efectivamente un cáncer...

Sufrió una tercera operación que le hizo más daño, que penetró más profundamente... Y en su cabeza las punzadas de dolor se hacían cada vez más fuertes, más frecuentes, casi continuas. Entonces ¿de qué servía recitarse la comedia? Era necesario mirar más allá del cáncer y aceptar lo que desde hacía dos años le irritaba y aislaba: Para Efrén había llegado la hora de *estallar*... Dicho así, rabiosamente, incluso le daba un poco de alivio: No *morir* sino *estallar*. Era cosa, de la cual se escondía en el trabajo y entre los hombres, ahora se encontraba delante de él, cara a cara, y lo ahogaba con el vendaje alrededor del cuello».

Así pues, la toma de conciencia del enfermo toma la forma de una sorpresa que todo lo trastorna; con frecuencia el cáncer hace irrupción sin ser previsto ni esperado: Es siempre el huésped nuevo, indeseado. El hombre se da cuenta de que, a largo o breve plazo, la muerte lo espera. Es toda la realidad del tiempo, de los proyectos, de las esperanzas del mañana, la que desaparece. El canceroso se convierte en otro hombre. Todo está trastornado: La riqueza de sus ideas y sobre todo el mundo de su emotividad le escapa y lo asusta.

«La imagen de mi muerte surge en mi conciencia: No anuncia solamente la destrucción de todas las significaciones de mi existencia en la vida social, sino también la desaparición de lo palpable. Y a los ojos de mi conciencia, lo palpable es mi sustancia» (S. Thomas I-IIae. q. 100-a 5c, et II a IIae q. 6 - introducción).

«Existen otras enfermedades; pero incluso cuando se puede esperar superarlas, son mensajeras y arremetidas de la muerte; manifiestan la condición misma del hombre que está destinado a la muerte, y es amenazado por ésta en lo más profundo de su ser. Confrontan al hombre consigo mismo, con su fragilidad, con esa angustia y ese deseo de la muerte que intenta rechazar pero que oscuramente atraviesan su misma existencia... Constituyen una situación en la que la presencia de la muerte es más inminente, y esto aunque la lucha entre la muerte y la vida sigue por decirse y aunque siempre está permitido *esperar*» (K. Rahner: «Sul Sacramento degli Infermi»).

LA ESPERANZA DEL CANCEROSO

Frente a esta forma de *ser*, ante este estado emocional del canceroso ¿es posible hablar de esperanza? ¿Y no sería ésta otra forma de huida ante el shock emocional provocado por el cáncer? Hemos de afirmar una cosa: El fenómeno *esperanza* y también la esperanza cristiana es difícilmente discernible entre los conceptos.

La eficacia de la esperanza no puede ser medida, en primer lugar, si no es en la realidad, es decir, en las situaciones concretas. Esto no significa sin embargo que la esperanza sea algo nebuloso. Del mismo modo que

la vida y la muerte no se dejan discernir, sin ser empero oscuras.

En cuanto a la esperanza es mejor atenerse a la realidad. El problema que se plantea es por tanto: ¿Dónde aparece concretamente la esperanza? ¿Dónde se hace del todo evidente? ¿Dónde manifiesta visiblemente su dinamismo?

Nuestra experiencia de pastores, de agentes de la pastoral y profesionales de la salud nos precisa: En la angustia y en la indigencia del enfermo. En el sufrimiento el hombre siente como una llamada, una invitación: Recogerse en sí mismo para entregarse completamente a lo que constituye el misterio de la propia existencia.

«Sucede que la enfermedad grave constituye por sí misma una situación de este tipo: Una cima misteriosa, doble, y, por esta razón, una situación peligrosamente ambigua, en la que el hombre está llamado y comprometido a realizar el acto supremo de su vida en el tiempo mismo en que se ve obligado a los límites de la más extrema debilidad. ¿Esta situación podrá afrontarla?» (K. Rahner: 1 c.).

PISTAS HACIA LA ESPERANZA

Descubrimos que la angustia y el miedo del canceroso nacen efectivamente de la toma de conciencia de un abandono. Repentinamente las relaciones del canceroso con lo que le rodea han cambiado. Por otra parte, ciertas relaciones se enrarecen, otras se deterioran. El canceroso siente que entra en la soledad, sinónimo de abandono; se encuentra solo para compartir su dolor, para habitar su propio universo. Para una conciencia la existencia es ante todo un tejido de relaciones. El tipo de una existencia —proyecto de ser, por tanto ¡esperanza!— está, pues, estrechamente unido al de las relaciones humanas. Ahora el canceroso se siente considerado como un niño, mirado con un sentimiento de compasión (está a punto de morir; se le prestará una disimulada atención) y en la fase terminal será abandonado. Todas sus relaciones son modificadas por ello. El médico, la enfermera, los visitantes, el Sacerdote, la familia, todos en suma han terminado por callar completamente. Ahora ya no es dada explicación alguna: Debería comprender todo y saber todo, que no nos moleste ya con su cáncer y con su muerte. El enfermo es proyectado hacia el abandono. Entonces se da en él el trastorno de las ideas y de las emociones.

Nosotros podemos hacernos una pregunta: ¿En ese preciso momento la fe *sostiene* al enfermo? Nuestra experiencia pastoral nos muestra de manera clara que el canceroso se encuentra, también a nivel de fe, en un estado de confusión.

Sus relaciones con Dios-amor están también alteradas. La razón es sencilla: En el miedo, en la turbación la

mayor parte de los cristianos no pueden encontrar la verdadera imagen de Dios, si no son rodeados por una nueva red de relaciones humanas de alta calidad.

Lo que todavía es más grave a nivel de relaciones con estos enfermos es que nosotros empleamos un comportamiento estereotipado, tanto a nivel de terapia como al nivel del lenguaje y de la fe. Ahora bien, todos esos gestos de curación no serán asimilados por el enfermo si no nacen y se dicen en un contexto de amor fraterno, y si no son expresados en un tejido de relaciones de elección que a nosotros toca entablar y mantener.

Sería por consiguiente cruel para el enfermo el que tuviera que vérselas con un personal que insistiese sólo en la técnica, en las curas especializadas, que quisiera salvar o prolongar una vida sin querer salvar la calidad de la vida, la dignidad del ser humano; ya que lo que está en juego en el canceroso no es sólo la vida sino el *ser* precisamente.

El mensaje del amor cristiano se plantea en el mismo plano; no puede ser creíble si no es en un contexto de ferviente caridad. Una realidad tan rara y tan indispensable que el amor fraterno sirve precisamente de prueba para el increíble mensaje de la resurrección. De otro modo ¿cómo creer que Dios se encuentra actuando en este mundo destinado a la muerte? Esta es una condición necesaria de esperanza para un hombre que repentinamente se peca de que los hombres ya le olvidan, de que prácticamente ya no cuentan con él. Privado de la caridad, se desespeararía.

Estar sostenido por el amor activo y personal de los hombres es el primer paso para dejarse sostener por el Amor de Dios.

El camino de la esperanza es áspero también para el pastor, para el agente de la pastoral y para todos los profesionales sanitarios.

Para cumplir este servicio de forma humana es necesario haber resuelto tres conflictos profundos: ¡los nuestros!

- Conflicto del cáncer, en nosotros.
- Conflicto de la muerte, en nosotros.
- Conflicto profesional: ¡Pérdida de tiempo por amor al canceroso!

HACER NACER LA ESPERANZA EN EL CANCEROSO

Es importante que nosotros nos planteemos algún problema, de lo contrario podríamos llegar a una desviación de la esperanza y, por consiguiente, a un abandono del canceroso; abandono camuflado por ritos, oraciones, sacramentos, como el médico camufla su abandono del canceroso con *nuevas pastillas, nuevas curas, etc.*

¿Cuál es el concepto que tenemos nosotros del cáncer?

A nivel emocional ¿qué provoca en nosotros la idea del cáncer? ¿Nuestra relación con el canceroso es triangular, es decir, canceroso-cáncer-yo?

Relación por tanto difícil y falseada por la presencia del tercer *compañero*: ¡el cáncer!

¿Qué idea se hace el canceroso del pastor o agente de pastoral? Y esto en dos momentos bien determinados:

- Durante la terapia activa.
- Después de la terapia activa, cuando se desvanece toda esperanza de curación total.

Frente al canceroso en fase terminal, el Pastor puede jugar un papel muy importante, pero también muy ambiguo: Puede convertirse en la imagen del Dios curador, omnipotente. En el momento en que la ciencia médica ha fracasado, la religión puede tomar su papel mágico y deformado, y el sacerdote se convierte en la encarnación de esa forma mágica de los dioses.

Frente al canceroso suben a la superficie las verdaderas razones de nuestra elección vocacional, de nuestra fe, de nuestra esperanza y de nuestra caridad.

Ante el canceroso, ¿nos sentimos tentados de recitar un *papel*? ¿Somos sacerdotes ritualistas, o bien queremos estar ahí sencillamente para amar al enfermo, para prestarle un servicio... servicio que podrá incluir también los gestos de presencia, es decir la oración, la Palabra de Dios y los Sacramentos?

Por tanto, para hacer nacer la esperanza en el canceroso es necesario recurrir a todo el equipo multidisciplinar (todas las profesiones) del ambiente de la Salud y a todas las fuerzas activas de la comunidad humana. Una sola profesión ya no es capaz por sí sola de responder a todas las necesidades del enfermo canceroso.

La esperanza no nace ahogando la personalidad del canceroso. No es el caso de dar vagas seguridades a base de trivialidades, o con pseudoayudas religiosas o humanas.

Sobre todo no se debe llegar a querer hacer del canceroso un *buen enfermo*, sumiso, que colabora, que no plantea problemas, que lo comprende todo, que se comunica siempre, un óptimo cristiano; en este punto ya no hay lugar para un comportamiento humano *verdadero*.

Hacer nacer la esperanza en el canceroso no significa darle falsas esperanzas de curación; la consecuencia de esta falsa relación supondría más tarde una pérdida total de confianza en las personas que ya mintieron en el momento de la primera relación.

El camino de la esperanza del canceroso pasa por el personal hospitalario y por la sociedad que toman a su cargo de una forma total e incondicional al enfermo. Sólo hay una unidad de medida para nuestra acción: El bien del enfermo en su humanidad total. Las exigencias humanas frente al canceroso instan al hombre que lo encuentra a que realice plenamente su propia madurez adulta: ¿Ser adulto no es reconocerse responsable de la vida de los demás? Entonces el canceroso se

sentirá más hombre, porque habrá encontrado en su camino a otro hombre que lo atiende y lo trata con amor.

EL «TIEMPO»

PARA CREAR UNION CON EL CANCEROSO

Se da un momento en la evolución psicológica del canceroso en el que todos los mecanismos de defensa caen por tierra, en el que el hombre se encuentra atezado por una cruel verdad: ¡Tengo cáncer! Es el momento de la soledad del *ser*; todos los lazos que daban seguridad se han desvanecido. Familia, fe, sociedad, dinero, asociación profesional no están ahí más que para hacer más triste esa soledad. Es el momento en que el enfermo pasa del estado emotivo de angustia al estado de miedo. El *miedo* del canceroso no está hecho de declaraciones externas, de un descontento manifiesto, sino de una renuncia a su consistencia de ser, de una renuncia al devenir.

Es el momento en el que el canceroso ya no habla, ya no colabora, ya no sonrío; resumiendo se puede decir que sus manifestaciones externas nos lo revelan en un estado de indiferencia que podría llamarse también *período depresivo*. Es el tiempo del silencio y de la espera.

«Por fin, llevaba ya seis meses sufriendo como un mártir; había llegado hasta el punto, en el último mes, de no poder estar acostado, ni sentado, ni de pie, sin sentir dolor. No dormía más que algún minuto en las veinticuatro horas; pues bien, a pesar de esto, ¡había tenido tiempo para reflexionar!

En aquel otoño aprendí que el hombre puede realizar el camino que lo separa de la muerte, aun permaneciendo en un cuerpo todavía viviente. Hay todavía, en vosotros, algo de sangre que fluye, pero psicológicamente ya habéis pasado a través de la preparación que precede a la muerte y ya habéis vivido la muerte misma. Todo lo que veis a vuestro alrededor lo veis ya como más allá de la tumba, sin pasión, y os da lo mismo no incluirlos en el número de los cristianos, o tal vez incluso en su lado opuesto; he aquí que de un golpe os percatáis de que efectivamente habéis perdonado a los que os habían ofendido y de que ya no alimentáis ningún rencor hacia quienes os habían perseguido.

Todo se os ha hecho indiferente; ¡eso es todo! Ya no hay en vosotros empuje para preparar cualquier cosa. No tenéis pena alguna. Diría incluso que se está en un estado de equilibrio, un estado natural, como los árboles, igual que las piedras» (A. Soljenitsin: o. c.).

He ahí pues el momento más difícil y más crucial en nuestro acercamiento al canceroso. De nuestro acercamiento dependerá el que el canceroso se oriente hacia la alienación o hacia la asunción total de su estado: Hacia la esperanza.

Nos atrevemos a decir que es el *tiempo* de la *kenosis* y de la soledad, pero también el tiempo que precede a la resurrección. En este estado de vacío emotivo, el canceroso espera un socorro: El *tiempo* de crear lazos con el canceroso ha llegado. Llamamos *crear lazos* a lo siguiente: El canceroso en ese preciso momento siente la necesidad de tener presentes a personas de las cuales interesarse y de las que sabe se interesarán por él; y por consiguiente capaces de conducirlo a un nuevo dinamismo del ser.

Ese vacío del canceroso puede ser alumbrado por el amor y por la esperanza. Entonces se produce un intercambio maravilloso entre el enfermo y el que lo asiste o el que lo visita. Estar o hacerse presente al canceroso no quiere decir estarle cerca o frente a él; sino que significa ser orientado, canalizado, asido por sus necesidades.

La experiencia pastoral junto a los cancerosos en fase terminal nos revela que nuestro comportamiento debe ser el de los más sencillos y más verdaderos. Todas las palabras inútiles y los gestos superfluos deben ser evitados. Nuestra presencia debe estar llena de respeto y de atención.

Todos nosotros conocemos los grandes silencios de los cancerosos; en ese momento todo el sistema hospitalario deberá pararse para centrar la atención sobre la persona y no sobre la técnica; para nosotros es el momento en el que el canceroso se recobra y considera el propio devenir.

Tener la valentía de sentarse con el canceroso, que no tiene necesidad de palabras ni de tratamientos terapéuticos, ¡ni de sacramentos!, significa ser una persona que, sencillamente, ama, signo y testimonio del Amor y de la Presencia de Aquél que nos amó primero y gratuitamente.

DE LA DESCONFIANZA A LA ESPERANZA

¿Cuál es, pues, esa esperanza a la que los cancerosos se aferran indefectiblemente, hasta el punto de sacrificarle la razón? El enfermo no pide precisar el objeto de su esperanza. Es necesaria una distinción: La esperanza de los enfermos crónicos no es la esperanza cotidiana, la que los sanos ponen en la vida de todos los días. La esperanza de los hombres heridos por la enfermedad en la profundidad de ser es una esperanza que nace de la ausencia de la esperanza y tanto más se afirma cuanto la situación está privada de esperanza. Al servicio de esta esperanza el enfermo pone tanto más sus fuerzas cuanto su estado se convierte en desesperado. El enfermo le sacrifica todo: Juicio racional, espíritu crítico, percepciones conscientes o inconscientes. La esperanza del canceroso nace precisamente en el momento en que se desploman las esperanzas de la vida cotidiana. La verdadera esperanza sigue a la pérdida de la esperanza cotidiana, en lo que ésta tiene

de trivial. La esperanza cotidiana de un hombre está fijada en la espera de que un determinado acontecimiento se realice etc.; es terrestre, no concierne a lo que es necesario, mira las personas, las cosas, los sucesos externos, está siempre ligada a un objeto. Esta esperanza es dudosa y comporta una parte de ilusión. Ahora bien, es a partir de la desilusión de esta esperanza de donde nace la posibilidad de una esperanza la cual es indeterminada, informal, pero real y presente en el hombre; y esta esperanza inviste a la persona del enfermo.

Esta esperanza, cuyo objeto está dirigido hacia el futuro, da seguridad al enfermo que se ve perdido en su porvenir. Lleva la siguiente certeza: La permanencia de la persona. Tiende a una realización futura, a una renovación indefinible. El deseo de la curación o de la desaparición del dolor es compatible con esa condición de espíritu.

En el curso de la enfermedad, el enfermo se sitúa más allá de la curación y de la desaparición de dolor físico. Se separa de la propia enfermedad para contemplarla como desde el exterior; se mira a sí mismo como a un ser nuevo, en un estado físico particular. Es el momento en que la persona, herida por una enfermedad, hace la experiencia de una transformación unida a una elevación de nivel.

Esta experiencia es constructiva; orienta a los enfermos a salir de su actitud egocéntrica. Crea una liberación en el corazón del ser: El enfermo se siente de nuevo capaz de emprender nuevas tareas; una profunda transformación se produce sobre todo a nivel de la comunicación con los demás, la cual es percibida no como una referencia a sí mismo sino como una alteridad y proximidad al mismo tiempo.

La esperanza aleja la servidumbre de la enfermedad; horizontes nuevos se abren, a los que el canceroso puede abrirse con felicidad. El contenido de la esperanza es la salvación de la persona y esta aspiración es parte del mismo ser; la esperanza es parte integrante de la persona, es un hecho humano, un elemento absolutamente determinante de la existencia.

Esperar es penetrar en el interior del ser y alcanzar, en su manantial interior, su inagotable voluntad de perpetuarse y de expandirse. *Esperar*, para el canceroso, equivale a decir sí a lo que hay de más interior en sí mismo. La esperanza nace en él y crece cuando acepta ser diferente de como pensaba ser o llegar a ser; la esperanza crece efectivamente allí donde el hombre acepta construirse a sí mismo al margen de un esquema fijo y preestablecido. La esperanza conduce al canceroso a un renacimiento perpetuo, puesto que hace vivir en la persuasión de que todo está por hacer.

Es propio de la esperanza el tender, a partir de la espera, hacia un estado más comprensivo que le añade algo. Nos parece descubrir, en la esperanza que habita en el corazón del canceroso, un rasgo más profundo; aquélla no es sólo relación con el porvenir. El hecho

esencial está en que la esperanza es una realidad que sostiene al enfermo. El futuro tiene esto de particular: Es ya actualizado en el presente y descubre en él sus virtualidades. El enfermo, aliviado por ese deseo del devenir, vive intensamente el momento presente, en vistas a un porvenir fecundo.

Estamos todavía fuera de la esperanza cristiana, pero este camino constituye algo así como su forma natural y preliminar. Cristo viene a elevar y confirmar la esperanza que el hombre enfermo alimenta en su interior, en su corazón.

«Porque nuestra salvación es objeto de esperanza; y una esperanza que se ve, no es esperanza, pues ¿cómo es posible esperar una cosa que se ve? Pero esperar lo que no vemos es aguardar con paciencia» (Rom. 8, 24-25).

El objeto de la esperanza cristiana está designado: La esperanza cristiana es siempre esperanza de resurrección. El tiempo de la enfermedad evoluciona en un tiempo que ha sido visitado y transformado por la resurrección de Cristo, y, desde ese momento, es propicio a esa transformación y alcanza su último cumplimiento.

A lo largo del caminar del enfermo en esperanza, lo que se discierne como salvación de la persona, como deseo de una vida ulterior, como devir y renovación, se encuentra precisado en el ámbito cristiano. Es la resurrección. Esta esperanza es una persona viviente: ¡El Señor! Está toda entera en aquel que descendió al sufrimiento y a la muerte, y que volvió a subir. Desde ese momento los creyentes experimentan los efectos de la gloria (Col. 1, 27; 2 Cor. 4, 16).

Estos todavía no son seres gloriosos porque su cuerpo todavía no está transformado, pero están en movimiento, hacia su transformación y la del mundo, en el camino que va de su bautismo a la parusía. Si el hombre consiente a su condición, a sus propios yerros, a su sufrimiento; en una palabra, si consiente a la propia muerte, vivirá, ya que en el centro de su muerte está la vida.

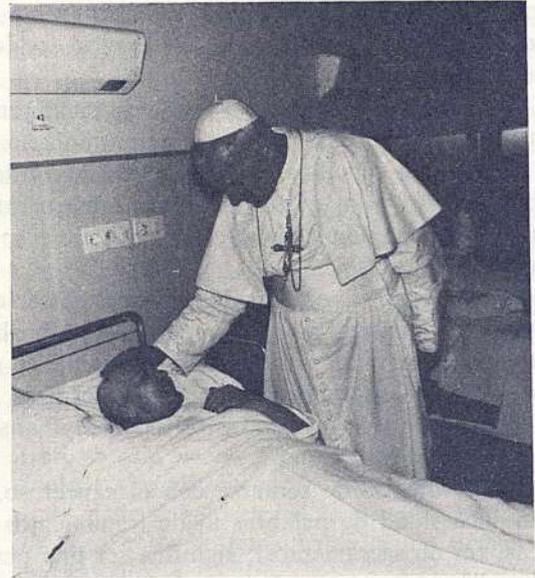
«Si el grano de trigo no cae en tierra y muere, queda solo; pero si muere da mucho fruto... El que ama su vida, la pierde; el que odia su vida en este mundo, la guardará para una vida eterna» (Jn. 12, 24-25).

La esperanza del canceroso es ese grano que crece y da fruto en la renuncia a su vida. Al corazón del hombre enfermo sube este grito:

Más allá del sufrimiento, del fracaso, de la muerte, está la vida «en Aquél que debe venir» (Mc. 1,15; Lc. 11-20) pero que desde este momento es «vida eterna» (Jn. 3,36; 6,40; 10,10-28).

P. MARIO ALBERTON

JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS



La ejemplar, continua y espontánea acción de Juan Pablo II, en relación con los enfermos, ha despertado en los hombres de nuestros días, admiración, simpatía, respeto.

«Labor Hospitalaria» —fiel a sus principios inmutables— seguirá recogiendo en sus páginas, cuantas actuaciones, hechos y dichos broten de ese hacer constante, en el encuentro con los enfermos, miembros y entidades que nos movemos dentro del mundo de la salud.

Nos servirá de guía —como siempre— «L'Osservatore Romano», edición semanal en lengua española.

esencial está en que la esperanza es una realidad que sostiene al enfermo. El futuro tiene esto de particular: Es ya actualizado en el presente y descubre en él sus virtualidades. El enfermo, aliviado por ese deseo del devenir, vive intensamente el momento presente, en vistas a un porvenir fecundo.

Estamos todavía fuera de la esperanza cristiana, pero este camino constituye algo así como su forma natural y preliminar. Cristo viene a elevar y confirmar la esperanza que el hombre enfermo alimenta en su interior, en su corazón.

«Porque nuestra salvación es objeto de esperanza; y una esperanza que se ve, no es esperanza, pues ¿cómo es posible esperar una cosa que se ve? Pero esperar lo que no vemos es aguardar con paciencia» (Rom. 8, 24-25).

El objeto de la esperanza cristiana está designado: La esperanza cristiana es siempre esperanza de resurrección. El tiempo de la enfermedad evoluciona en un tiempo que ha sido visitado y transformado por la resurrección de Cristo, y, desde ese momento, es propicio a esa transformación y alcanza su último cumplimiento.

A lo largo del caminar del enfermo en esperanza, lo que se discierne como salvación de la persona, como deseo de una vida ulterior, como devir y renovación, se encuentra precisado en el ámbito cristiano. Es la resurrección. Esta esperanza es una persona viviente: ¡El Señor! Está toda entera en aquel que descendió al sufrimiento y a la muerte, y que volvió a subir. Desde ese momento los creyentes experimentan los efectos de la gloria (Col. 1, 27; 2 Cor. 4, 16).

Estos todavía no son seres gloriosos porque su cuerpo todavía no está transformado, pero están en movimiento, hacia su transformación y la del mundo, en el camino que va de su bautismo a la parusía. Si el hombre consiente a su condición, a sus propios yerros, a su sufrimiento; en una palabra, si consiente a la propia muerte, vivirá, ya que en el centro de su muerte está la vida.

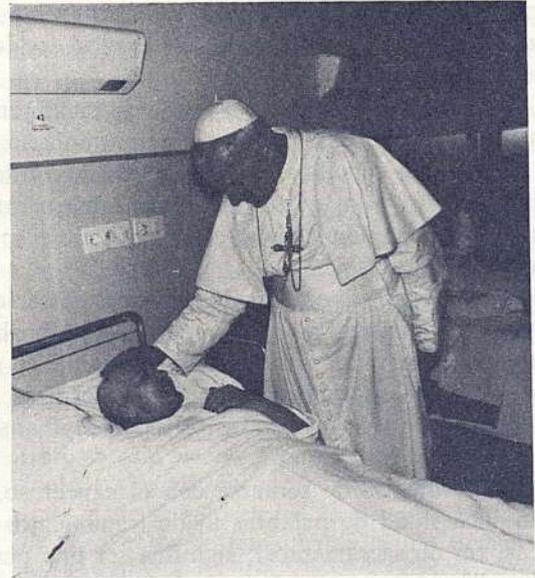
«Si el grano de trigo no cae en tierra y muere, queda solo; pero si muere da mucho fruto... El que ama su vida, la pierde; el que odia su vida en este mundo, la guardará para una vida eterna» (Jn. 12, 24-25).

La esperanza del canceroso es ese grano que crece y da fruto en la renuncia a su vida. Al corazón del hombre enfermo sube este grito:

Más allá del sufrimiento, del fracaso, de la muerte, está la vida «en Aquél que debe venir» (Mc. 1,15; Lc. 11-20) pero que desde este momento es «vida eterna» (Jn. 3,36; 6,40; 10,10-28).

P. MARIO ALBERTON

JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS



La ejemplar, continua y espontánea acción de Juan Pablo II, en relación con los enfermos, ha despertado en los hombres de nuestros días, admiración, simpatía, respeto.

«Labor Hospitalaria» —fiel a sus principios inmutables— seguirá recogiendo en sus páginas, cuantas actuaciones, hechos y dichos broten de ese hacer constante, en el encuentro con los enfermos, miembros y entidades que nos movemos dentro del mundo de la salud.

Nos servirá de guía —como siempre— «L'Osservatore Romano», edición semanal en lengua española.

El Papa ilumina nuestro hacer diario en el mundo de la salud

PRIMER SALUDO

Saludo a todos los enfermos y, en particular, a los que se hallan en los numerosos hospitales y clínicas de nuestra ciudad. Junto con ellos saludo a los médicos, a los adscritos a los servicios sanitarios, a los capellanes y a las religiosas.

Saludo a todos los ancianos y a los que sufren en la soledad.

19-XI-78

SOLO EL AMOR CONSTRUYE

Que lo más fuerte sea el amor. Con qué alegría y cuánto agradecimiento a la vez, he seguido estos últimos días los muchos episodios (la televisión me los ha hecho cercanos) en los que a consecuencia de falta de personal en los hospitales, muchos se ofrecieron voluntarios, adultos y jóvenes en especial, para servir con generosidad a los enfermos. Si tiene su valor la búsqueda de la justicia en la vida profesional, tanto más atento debe estar el amor social. Por tanto, deseo para esta nueva diócesis mía, para Roma, este amor que Cristo ha querido para sus discípulos.

El amor construye, ¡sólo el amor construye!

19-XI-78

EL PUESTO DE LOS ENFERMOS EN LA IGLESIA

El Papa os bendice de corazón; y quiere reservar atención especial a los enfermos para dirigirles un saludo afectuoso y una palabra de consuelo y ánimo. Queridos enfermos: Vosotros tenéis un puesto importante en la Iglesia si sabéis interpretar vuestra situación a la luz de la fe, y si bajo esta fe sabéis vivir vuestra enfermedad con corazón generoso y fuerte. Cada uno podéis afirmar con san Pablo: «Suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24). Hablando del sufrimiento

humano, quisiera mencionar el caso de la señora Marcella Boroli Ballestrini, secuestrada en Milán el 9 de octubre pasado y que aún no ha sido devuelta al afecto de sus seres queridos, a pesar de que está esperando un hijo y su salud es precaria. El Papa dirige una oración ardiente al Señor para que infunda en el corazón de los secuestradores y de todas las personas implicadas en los numerosos episodios de violencia de muchas partes de Italia y del mundo, pensamientos de sensibilidad humana para que pongan término a tantos sufrimientos, demasiados, y atroces e indignos de países civilizados. A las víctimas y a sus familiares llegue mi bendición apostólica.

19-XI-78

EL PAPA OS AMA

Vaya ahora un saludo particularmente afectuoso a los enfermos. Sabed todos los que sufrís, que el Papa os ama con predilección, porque estáis llamados a participar más de cerca en la pasión redentora del Salvador, y porque a vosotros pertenece la bienaventuranza evangélica «Bienaventurados los que lloran porque ellos serán consolados» (Mt 4, 5). ¡Animo! El Papa está con vosotros. Vuestro dolor no es vano, sino que constituye la riqueza de la Iglesia. Os sirva de consuelo mi bendición especial.

26-XI-78

A LOS QUE SUFREN

Un saludo y una bendición particular a los enfermos aquí presentes y a cuantos sufren. Mi recuerdo se ensancha y llega a todos los lugares del mundo donde el dolor físico o moral atormenta y mortifica a seres humanos. Al seguir las noticias de cada día se encuentran dramas y sufrimientos que encogen el corazón. Hoy quisiera recordar en especial a los que están afligidos a causa de una forma de violencia que se ha hecho tan frecuente, por desgracia, en

estos últimos tiempos: los secuestros. Es una plaga indigna de países civilizados que ha llegado desgraciadamente a formas de crueldad que dan horror. En el nombre de Dios suplico a los responsables que concedan libertad a quienes tienen secuestrados, y les recuerdo que Dios es vengador de las acciones de los hombres. Que el Señor les toque de verdad el corazón y haga que triunfe esa chispa de humanidad que no puede faltar en sus almas, dando conclusión plausible de este modo a un acto vivamente deplorable.

17-XII-78

ENFERMOS, MINUSVALIDOS, ANCIANOS

Permitidme que ahora dirija especialmente mi pensamiento a vosotros, enfermos y minusválidos, que lleváis las señales de la pasión de Cristo en vuestro cuerpo herido y doliente, y a vosotros ancianos de las chabolas de la periferia romana, atendidos cariñosamente —y hoy acompañados aquí— por las buenas Hermanas de Madre Teresa de Calcuta.

Os diré con cariño muy especial: sabed soportar el sufrimiento con fortaleza cristiana, sin perder jamás el ánimo. El Señor está cerca de vosotros: dad un valor más alto a vuestro dolor, santificadlo con vuestros sufrimientos, abandonándoos confiadamente en quien misteriosamente os prueba, «para que sepáis sufrir juntamente con El, para ser con El glorificados» (cf. Rom 8, 17). La alegría de la Navidad, anunciada por los ángeles a los pastores de Belén, os dé consuelo y alivio, juntamente con la paz que es el don más bello que el Redentor recién nacido ha traído a los hombres. Afiance estos deseos la especial bendición apostólica que de todo corazón os doy a vosotros y a cuantos os atienden.

24-XII-78

LA LIBERTAD DE ASISTENCIA

Discurso del Santo Padre a los Juristas católicos italianos

Ilustres señores y queridos hijos: Es una profunda alegría para mí recibirlos hoy, Juristas Católicos Italianos, reunidos en Roma para el XXIX Congreso Nacional de vuestra Unión que, desde su origen ha anticipado, podíamos decir, las orientaciones del Concilio Vaticano II en lo que respecta a la misión del laicado cristiano. Personalidades insignes por su viva fe, por su profundo pensamiento filosófico e indiscutible competencia técnico-jurídica, han querido comprometerse, por medio de vuestro benemérito Sodalicio, para «contri-

buir a la aplicación de los principios de la ética cristiana en la ciencia jurídica, en la actividad legislativa, judicial y administrativa, en toda la vida pública y profesional», como rezan vuestros estatutos en el artículo dos.

Fidelidad a la doctrina y orientaciones del Papa y de los obispos

Y es un gran consuelo para mí no sólo vuestra ilustre presencia en esta audiencia, sino el saber que en estos treinta años la Unión se ha preocupado de llevar una inspiración cristiana a múltiples campos de la vida social. De esto son signo y demostración las actas de los congresos de estudio y las publicaciones a las que la Unión ha dado vida; todo ello caracterizado por el espíritu de servicio en relación con la persona humana, a fin de afirmar y promocionar sus derechos y sus valores inalienables de libertad, de inviolabilidad, de desarrollo.

La sociedad está hecha para el hombre

Pero, sobre todo, es un consuelo la constante fidelidad demostrada a la Iglesia, al Papa, a los obispos, cuyas enseñanzas y orientaciones siempre ha acogido vuestra Unión con respeto, amor y devoción, sin ceder a las lisonjas y tentaciones de una mal entendida autonomía, al proponer y defender los principios de la ética natural y cristiana, que rigen la institución matrimonial, y al afirmar asimismo, en la práctica y en la ley, la inviolabilidad y la sacralidad de la vida humana desde la concepción.

Vuestra Unión ha considerado un honor, antes que un deber, acoger y recibir la palabra del Vicario de Cristo. Y en el pasado no os ha faltado esta autorizada palabra: Pío XII, Juan XXIII y Pablo VI, con ocasión de los Congresos de la Unión, han pronunciado discursos de alto contenido doctrinal, ofreciendo principios e indicaciones iluminadoras, de validez universal, acerca de los graves problemas que plantea al jurista cristiano la vida de la sociedad. Me agrada recordar el discurso —siempre tan actual— que os dirigió Pablo VI, de feliz memoria, el 9 de diciembre de 1972, con motivo de vuestro Congreso sobre «Defensa del derecho a nacer».

Y no quiere faltar hoy la palabra del Papa, con ocasión del Congreso que tiene como tema «La libertad de asistencia».

Este tema —tan delicado y tan vivo— ha de ser afrontado por el jurista, sin duda, en toda su compleja problemática jurídica (constitucionalista, técnico-legislativa, filosófico-jurídica), pero no puede ser estudiado adecuadamente sin tener presente el proyecto de sociedad que se quiere realizar y, antes todavía, la visión de la persona humana —de sus

derechos fundamentales y de sus libertades— que califica al mismo proyecto de sociedad.

Solidaridad y justicia

La sociedad está hecha para el hombre. *Hominis causa omne jus constitutum est*. La sociedad con sus leyes está puesta al servicio del hombre; la Iglesia está fundada por Cristo para la salvación del hombre (cf. *Lumen gentium*, 48; *Gaudium et spes*, 45). Por esto, también la Iglesia tiene que decir su palabra respecto a esta materia.

Y, ante todo, debe decir que el problema de la «libertad de asistencia» en un Estado moderno, que quiera ser democrático, entre de lleno en el más amplio planteamiento de los derechos del hombre, de las libertades civiles y de la misma libertad religiosa.

El hombre es un ser inteligente y libre, ordenado por destino natural a realizar las potencialidades de su persona en la sociedad. Son expresiones de esta su connatural sociabilidad la sociedad fundada sobre el matrimonio uno e indisoluble, que es la familia, las libres instituciones intermedias; la comunidad política, cuya forma jurídica es el Estado en sus diversas articulaciones institucionales. Este debe asegurar a todos sus miembros la posibilidad de un pleno desarrollo de su persona. Esto exige que, a quienes se encuentran en condiciones de necesidad y de carencia por enfermedad, pobreza, insuficiencias de diverso género, les sean ofrecidos los servicios y ayudas que reclama su situación peculiar. Esto es una obligación de solidaridad por parte de cada ciudadano, antes que una obligación de justicia por parte del Estado.

Para el creyente, en fin, es una exigencia ineludible de su fe en Dios Padre, que llama a todos los hombres a formar una comunión de hermanos en Cristo (cf. Mt 23, 8-9); es una gozosa obediencia al mandato bíblico: «*Deus mandavit illis unicuique de proximo suo: Dios les dio mandatos acerca de su prójimo*» (Sir 17, 12); es la realización plena del deseo de descubrir, de encontrar a Cristo en el prójimo que sufre: «*Cuántas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis*» (cf. Mt 25, 34-40).

La labor caritativa de la Iglesia

Sobre todo esto se funda el deber de la asistencia, pero también su insuprimible libertad. El ciudadano, en particular o asociado, debe ser libre para ofrecer servicios de asistencia en conformidad con sus propias posibilidades y con su propia inspiración ideal.

Debe ser libre la Iglesia, que —como ya «desde sus comienzos, uniendo el ágape con la Cena Eucarística, se mani-

festaba toda entera unida en torno a Cristo por el vínculo de la caridad; así en todo tiempo, se hace reconocer por este distintivo del amor, y, mientras se alegra de las iniciativas de los demás, reivindica para sí las obras de caridad como deber y derecho propio que no puede enajenar» (*Apostolicam actuositatem*, 8).

El principio de subsidiaridad

No serían respetadas estas libertades, ni en la letra ni en el espíritu, si prevaleciese la tendencia a atribuir al Estado y a las otras expresiones territoriales del poder público una función centralizadora y exclusivista de organización y gestión directa de los servicios, o de rígidos controles que acabaría con desnaturalizar su legítima función propia de promoción, de impulso, de integración y también —si es necesario— de suplencia de las iniciativas de las libres instituciones sociales, según el principio de subsidiaridad.

El Episcopado italiano —como es sabido— también ha manifestado recientemente sus preocupaciones ante el peligro real de que sean restringidos los espacios efectivos de libertad, de que sea reducida y cada vez más limitada la acción libre de las personas, de las familias, de las instituciones intermedias, de las mismas asociaciones civiles y religiosas, en favor del poder público con el resultado de «irresponsabilizar y crear peligrosos presupuestos de una colectividad, que anula al hombre, suprimiendo sus derechos fundamentales y sus libres capacidades de expresión» (Comunicado de la Conferencia Episcopal Italiana, enero de 1978).

Como también el mismo Episcopado italiano ha expresado su preocupación de que sean suprimidas o, de cualquier modo no suficiente y eficazmente garantizadas, obras beneméritas que, durante siglos, bajo el impulso de la caridad cristiana, han cuidado de los huérfanos, de los ciegos, de los sordomudos, de los ancianos, de toda clase de necesitados, gracias a la generosidad de bienhechores y al sacrificio personal, a veces heroico, de religiosos y religiosas, y que, en virtud de disposiciones legislativas habían tenido que aceptar, muy a pesar suyo, la figura jurídica de instituciones públicas de asistencia y beneficencia, con una cierta garantía, por lo demás, para sus fines institucionales.

Dar testimonio de vida cristiana en el campo profesional

El Papa no puede permanecer extraño a estas preocupaciones que afectan a la posibilidad misma de la Iglesia para desarrollar su misión de caridad, y que afectan, asimismo, a la libertad de los católicos y de todos los ciudadanos,

individualmente o asociados, para dar vida a obras conformes con sus ideales, dentro del respeto a las leyes justas y al servicio del prójimo necesitado.

Por lo tanto, deseo que vuestro Congreso tenga feliz éxito en el estudio de un tema que implica la naturaleza misma de la Iglesia en su originario interés de donación a los demás; que vuestra benemérita Unión continúe dando a la sociedad italiana una fecunda aportación de ideas, de propuestas, pero, sobre todo, un testimonio de inspiración y de vida cristiana, especialmente en el campo profesional.

Con tales deseos, muy gustoso y de todo corazón os imparto la bendición apostólica, que quiero extender a todos los Juristas Católicos y a las personas que os son queridas.

FELICITACION DEL AÑO 1979

Vaya ahora una felicitación llena de buenos deseos para el año nuevo, a cuantos sufren en el cuerpo o en el espíritu. Sabed que el Papa está siempre junto a vosotros con la oración y con su ternura de padre, con la ternura que tenía Jesús con los muchos enfermos que le presentaban en su vida pública, y que El confortaba con la curación o el anuncio de la Buena Nueva de la salvación (cf. Lc 4, 18). Mi bendición especial os sirva de consuelo y fuerza.

Pensando en vosotros y en todos los enfermos, veo una analogía profunda y misteriosa entre vuestra situación y la de Jesús recién nacido en el pesebre de Belén; aquel Niño, débil, necesitado de todo y dependiendo de todos; y sin embargo, era el Hijo de Dios, el Verbo Eterno encarnado en el tiempo, el Salvador de la humanidad, el Señor de la historia. Hijas e hijos queridísimos: En vuestra enfermedad quién sabe cuántas veces os habréis sentido inútiles y un peso para vuestros seres queridos; habéis experimentado —bien lo podemos decir— la humillación tan íntimamente humana de tener necesidad de los otros para todo, y de estar a la merced de los otros. Mirad a Jesús en la gruta de Belén, y El os asegura que es el mundo quien tiene necesidad de la riqueza incommensurable de vuestro sufrimiento para purificación y crecimiento suyo. ¡Animo! Dios os ama porque en vosotros ve la imagen de su Hijo que sufre en la tierra. Vuestros seres queridos os aman porque sois sangre de su sangre. La Iglesia os ama porque enriquecéis el tesoro de la Comunión de los Santos. El Papa tiene predilección por vosotros porque sois sus hijos más sensibles, y os pide la ayuda y la fuerza de vuestra debilidad aparente, de vuestras oraciones y sacrificios.

7-I-79

EL PAPA NO OS OLVIDA

Deseo dirigir un saludo particular a los enfermos aquí presentes. Sobre todo quiero asegurarles que el Papa no los olvida, al contrario, siempre les reserva un puesto especial en su corazón y en sus oraciones ¡Animo!

Al mismo tiempo pretendo también formular un cordial deseo de éxito para la «Jornada mundial de los Leprosos», que tendrá lugar en Roma, con algunas iniciativas que culminarán en la concelebración eucarística presidida por el cardenal Vicario en la basílica de San Juan de Letrán. El Señor sostenga y fecundice el trabajo humilde pero espléndido de cuantos se dedican a hacer desaparecer este tremendo mal, como las religiosas de la Tercera Orden de San Francisco de Siracusa (Estados Unidos), algunas de las cuales están aquí presentes. También en este campo todos podemos mostrarnos como discípulos de nuestro Maestro y Señor Jesús, que ante los leprosos adoptó actitudes de bondad, no limitadas a la compasión, sino consistentes en concretas y prodigiosas intervenciones de salvación (cf. Mc 1, 40-41).

Que estos deseos sean fecundados por la asistencia divina, y a todos sirva de conforto mi paterna bendición apostólica.

28-I-79

UNA PALABRA ESPECIAL

Deseo dedicar un saludo muy particular a los enfermos aquí presentes. Queridos hermanos y hermanas: Os deseo de corazón que se os alivien los sufrimientos y, sobre todo, que configuréis vuestro dolor con el de Jesucristo, que precisamente por medio de la pasión se hizo bendito Salvador nuestro. A la vez que os prometo mi recuerdo en la oración para que el Señor esté cerca de vosotros con su ayuda y consuelo, os imparto mi bendición apostólica llena de afecto.

21-I-79

A LOS ANCIANOS

Hoy es el último día del año del Señor 1978. Nos despedimos de este año agradeciendo a Dios todo el bien que hemos recibido durante los doce meses pasados. Lo saludamos pidiendo perdón a Dios por todo el mal que durante estos doce meses ha anidado en el corazón humano, en la historia de los pueblos, en la historia de los continentes.

Pidamos a Dios perdón de nuestros pecados, de nuestras faltas y negligencias.

Imploramos la gracia y las fuerzas necesarias para entrar en el nuevo período de tiempo, en el año nuevo, y, como dice el Apóstol, para no dejarnos vencer por el mal, sino para vencer al mal con el bien (cf. Rom 12, 21).

Durante el período de la Navidad, nuestros pensamientos y nuestro corazón están orientados, de un modo particular, a los niños. Y es justo, porque para nosotros ha nacido en Belén el Niño Jesús.

Hoy, sin embargo, desearía que nuestro pensamiento, nuestros corazones, y sobre todo nuestras plegarias orientadas a los más débiles y a los más pequeños, vayan a los *más ancianos*. Me refiero no tanto a los que están en la media edad (en plenitud de fortaleza física), sino especialmente a los de edad avanzada: los abuelos y las abuelas; las personas ancianas.

Dichas personas se encuentran muchas veces abandonadas. Sufren también a causa de su ancianidad. Padecen las distintas molestias que conlleva la edad avanzada. Sin embargo, sufren sobre todo cuando no encuentran la debida comprensión y la gratitud de aquellos de quienes tienen derecho a esperarla.

Hoy, en el domingo siguiente a la Navidad, dedicado a la veneración de la Familia de Nazaret, recordemos y meditemos el cuarto mandamiento de la ley de Dios: «Honra a tu padre y a tu madre». Este mandamiento tiene una importancia fundamental para el incremento de las *relaciones entre las generaciones* no sólo en la familia, sino también en toda la sociedad. Oremos a Dios para que dichas relaciones se desarrollen en el espíritu del cuarto mandamiento.

De suyo debemos respetar a los más ancianos («honra»); las familias les deben su propia existencia, la educación, el sustento, que frecuentemente se han costado con duro trabajo y con mucho sacrificio.

No se les puede tratar como si ya fuesen inútiles. Aunque a veces les faltan las fuerzas para realizar aun las acciones más pequeñas, gozan sin embargo de la experiencia de la vida y de la sabiduría de la que carecen frecuentemente los jóvenes. Meditemos las palabras de la Sagrada Escritura: «¡Cuán bien sienta a los cabellos blancos el juicio, y a los ancianos el consejo! ¡Qué bien dice la sabiduría a los ancianos, y la inteligencia y el consejo a los nobles! La corona de los ancianos es su rica experiencia, y el temor del Señor, su gloria» (Sir 25, 6-8).

Por lo cual, el recuerdo y la oración del Papa se dirige hoy a vosotros, los ancianos. Espero que todos los aquí presentes estén muy gustosamente en plena sintonía con el Papa; espero que lo estén de una manera especial los más jóvenes. Los nietos aman a sus abuelos

y a sus abuelas, y están más a gusto con ellos que con los demás.

Así, pues, terminemos este año en actitud de acercamiento entre las generaciones, con espíritu de mutua comprensión y de amor recíproco.

DERECHO A NACER Y VIVIR EN UNA FAMILIA

La Santa Sede piensa que se puede hablar también de los derechos del niño ya desde el momento de ser concebido y, sobre todo, del derecho a la vida, pues la experiencia nos demuestra cada día más que ya antes del nacimiento el niño tiene necesidad de protección especial de hecho y de derecho.

Se podría insistir asimismo en el derecho del niño a nacer en una familia verdadera, pues es de importancia capital que se beneficie ya desde el principio, de la aportación conjunta del padre y de la madre unidos en matrimonio indisoluble.

28-1-79

ENCUENTRO DEL PAPA CON LOS NIÑOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

El domingo día 7 de enero, por la tarde, Juan Pablo II dedicó tres horas al hospital infantil situado en el Janículo, cerca del Vaticano.

Al llegar al hospital del Niño Jesús, se dirigió a la capilla donde le esperaban las religiosas y enfermeras del hospital, y los estudiantes eclesiológicos norteamericanos que dedican los ratos libre a la acción pastoral en dicho centro. Pasó después al aula magna, y allí saludó a los médicos del hospital.

Inmediatamente inició la visita detenida a cada una de las salas, comenzando por la de cirugía plástica; los niños —muchos de ellos con el rostro cubierto de vendas— sonreían como les era posible, al ver entre ellos al Santo Padre sumamente emocionado y, a la vez, resplandeciente de bondad hacia los pequeños enfermos. Con cada uno conversaba unos momentos, los abrazaba y los bendecía. Y así en todas las salas de los tres pisos del sanatorio, y con todos los niños, más de quinientos, a quienes quiso abrir un rayo de esperanza y gozo en su enfermedad. Algunos de los más pequeños se echaban a llorar ante la blanca figura del Pontífice, al confundirlo con un médico. Hubo momentos de intensa impresión, sobre todo en el encuentro del Papa con los padres y madres de los enfermos, cuando los abrazaba y ellos le confiaban su dolor y angustia; y más en particular en las salas de los enfermos graves o incurables. Una madre,

tomó la mano del Papa y la apretó fuertemente sobre la cabeza de su hijo afectado de un tumor al cerebro, con la misma esperanza con que las gentes acudían a Jesús en su vida mortal, buscando la curación de los seres queridos. La última visita, en el ápice ya del padecimiento, fue para los prematuros, algunos de los cuales sólo pesaban un kilo; sólo se permitió entrar allí al Papa. Al final de este recorrido, Juan Pablo II se asomó al balcón del patio interior del edificio y pronunció unas palabras concluyendo: «Estoy impresionado, muy impresionado».

DISCURSO DEL PAPA

Hermanos y hermanas:

Ahora, al terminar esta visita pastoral a este hospital del Niño Jesús, permitidme que dirija una palabra sencilla y breve de saludo y aliento a todos los que trabajáis en esta institución en pro del alivio y curación de los pequeños enfermos.

Mi agradecimiento cordial ante todo al señor comisario y a toda la dirección administrativa y sanitaria, por la actividad incansable ya realizada, y por los planes futuros que se proponen llevar a cabo, a fin de que este centro de salud responda cada vez mejor a las exigencias sanitarias modernas. Saludo también a todos los médicos, a los ayudantes, a las religiosas y a las celadoras de los niños, en quienes me gusta ver un reflejo de la figura taumatúrgica de Cristo, que dedicó tan gran parte de su ministerio a curar enfermos y aliviar afligidos.

Y a vosotros, queridos niños enfermos de este hospital, ¿qué os diré? Os diré que he subido aquí al Janículo expreso por vosotros, para veros, para deciros personalmente todo el afecto que siento por vosotros, y para aportar consuelo a los sufrimientos que padecéis a causa de la enfermedad, y también por estar separados de vuestros padres y vuestra casa. En la oración os auguro que podáis restablecer la salud pronto y encontrar de nuevo el gozo de vivir entre vuestros seres queridos.

Un saludo particularmente afectuoso deseo dirigir también y sobre todo, a vosotros, padres y familiares de los pequeños hospitalizados, que soportáis el drama de la enfermedad de vuestras criaturas y os preguntáis con ojos suplicantes el porqué del dolor inocente. Sabed que no estáis solos ni abandonados. ¡No sufrís en vano! Vuestro padecimiento os asemeja a Cristo, el único que puede dar sentido y valor a todos los actos de nuestra vida.

Y en fin, a todos los presentes que de una manera u otra frecuentan este hospital y se aplican a las obras de

misericordia y de ayuda espiritual y social, recordaré la promesa que hizo el Señor Jesús a quienes lo buscan en los enfermos: «He estado enfermo y me habéis visitado... Cuantas veces hicisteis esto a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (cf. Mt 25, 34-40).

Al manifestaros de corazón mi cariño por el servicio que prestáis a los pequeños enfermos, os exhorto a proseguir vuestra misión con fe cristiana, que hace descubrir en el enfermo la imagen misma de Dios; y a la vez, en nombre del Niño Jesús, a quien está dedicado este hospital, y de la Virgen María, invocada por vosotros como *Salus infirmorum*, imparto a todos mi bendición apostólica especial, que hago extensiva a vuestros familiares que han quedado en casa.

EL SERVICIO A LA VIDA DEBE URGIR A LOS MEDICOS CATOLICOS

Ilustres señores y queridos hijos de la Asociación de Médicos Católicos Italianos:

Al daros cordialmente la bienvenida a ésta, que ya es mi casa, quiero expresaros ante todo mi alegría por este encuentro en el que puedo conocer a tantas personas eminentes por méritos científicos, admirables por el alto sentido del deber, ejemplares por su intrépida profesión de fe cristiana. Os agradezco sinceramente la cortesía y el afecto, de los que es signo manifiesto y consolador vuestra visita, y estoy complacido, por lo tanto, de saludar a vuestro celoso consiliario eclesiológico, el reverendo hermano mons. Florencio Angelini, a vuestro ilustre presidente, profesor Pietro de Franciscis, valiosamente secundado por los tres vicepresidentes, al infatigable secretario general, profesor Domenico Di Virgilio, a los miembros del consejo nacional, a los delegados regionales y a los presidentes de las secciones diocesanas, a la representación de los miembros de la Asociación, como también al grupo de Enfermeros Católicos, cuya presencia hoy es testimonio de la íntima colaboración que quieren actualizar con vosotros, médicos, en servicio de los enfermos.

La vocación médica se parece a la sacerdotal

Aprovecho gustosamente la ocasión para manifestar públicamente la gran estima que siento por una profesión como la vuestra, considerada siempre y por todos, más como una misión que como un trabajo corriente. La dignidad y la responsabilidad de esta misión jamás serán comprendidas suficientemente, ni expresadas adecuadamente.

Asistir, curar, confortar, sanar el dolor humano, es tarea que por su nobleza, utilidad y su ideal, se acerca mucho a la vocación misma del sacerdote. Tanto en el uno como en el otro oficio encuentra, efectivamente, la más inmediata y evidente manifestación el mandamiento supremo del amor al prójimo, un amor llamado no pocas veces a actualizarse aun en formas que tocan el verdadero y real heroísmo. No debe asombrar, por tanto, la solemne advertencia de la Sagrada Escritura: «Honra al médico antes que lo necesites, porque también a él lo creó el Señor. Pues el Altísimo tiene la ciencia de curar...» (Sir 38, 1-2).

El ministerio religioso sostiene el ministerio terapéutico

Vuestra Asociación surgió para favorecer la consecución de las altas finalidades de la profesión y enriquecerlas con la aportación específica de los valores cristianos. Para medir la importancia de la aportación que intenta traer a vuestra actividad de médicos cristianos, basta citar el contenido del artículo 2 del estatuto, donde se señalan como objetivos de la Asociación perfeccionar la formación moral, científica y profesional de los miembros, promover los estudios médico-morales a la luz de los principios de la doctrina católica, animar el espíritu de auténtico servicio humano y cristiano de los médicos en relación con los enfermos, actuar en favor de la seguridad del más digno ejercicio de la profesión y de la tutela de los justos intereses de la clase médica, educar a los socios para una recta corresponsabilidad eclesial y para una generosa disponibilidad en pro de toda actividad caritativa aneja al ejercicio de la profesión.

No son propósitos que queden sobre el papel. Gustosamente constato la obra de sensibilización y orientación desarrollada por la Asociación en estos años entre la clase médica italiana, ya a través de la variada y excelente producción editorial, ya por medio del apreciado periódico *Orizzonte Medico*, ya en los «Cursos de estudio» (del reciente sobre «El Hombre de la Sábana Santa», me habéis ofrecido gentilmente las actas como obsequio), que han visto, en el espacio de 11 años, valiosos especialistas de varias ciencias enfrentarse con temas antropológicos de interés fundamental, buscando una respuesta satisfactoria para el hombre y para el cristiano. Tengo que expresar mi aprecio y mi aplauso: la finalidad formativa que se persigue con tales medios, merece ser aprobada cordialmente y deben ser estimulados calurosamente los esfuerzos mantenidos en esta dirección.

Esto vale, sobre todo, hoy, cuando poderosas corrientes de opinión, soste-

nidas eficazmente por los grandes medios de comunicación, tratan de influenciar la conciencia de los médicos por todos los medios para inducirlos a prestar su trabajo en prácticas contrarias a la ética, no sólo cristiana, sino también sencillamente natural, en contradicción abierta con la deontología profesional, expresada en el celeberrimo juramento del antiguo médico pagano.

En el Mensaje para la Jornada mundial de la Paz del pasado 1 de enero, mi gran predecesor Pablo VI, de venerada memoria, dirigiéndose a los medios de manera especial, señalándolos como «sabios y generosos protectores de la vida humana», expresó la confianza de que por el «ministerio religioso» pudiera encontrarse sostenido el «ministerio terapéutico» de los médicos en la afirmación y en la defensa de la vida humana en todas «las singulares contingencias en las que la misma vida puede verse comprometida por positivo e iniccuo propósito de la voluntad humana». Estoy seguro de que esta llamada angustiada y profética encontró y encuentra gran eco y aceptación no sólo entre los médicos católicos, sino también entre aquellos que, aunque no alentados por la fe, comprenden profundamente, no obstante, las exigencias superiores de su profesión.

Dios ama la vida

Como ministro del Dios a quien presenta la Sagrada Escritura como «amante de la vida» (cf. Sab 11, 25), quiero manifestar también mi sincera admiración hacia todos los cirujanos que, siguiendo el dictamen de la recta conciencia, saben resistir cada día a las lisonjas, presiones, amenazas y tal vez hasta violencia física, para no mancharse con comportamientos siempre lesivos de ese bien sagrado que es la vida humana: su testimonio valiente y coherente constituye una aportación importantísima para la construcción de una sociedad que, por ser a la medida del hombre, no puede menos de poner en su base el respeto y la protección del presupuesto primordial de cualquier otro derecho humano, esto es, el derecho a vivir.

El Papa une su voz gustosamente a la de todos los médicos de recta conciencia y hace propias sus demandas fundamentales: en primer lugar, la de ver reconocida la naturaleza más íntima de su noble profesión, que los quiere servidores de la vida y nunca instrumentos de muerte; también un respeto pleno y total, en la legislación y en la práctica, a su libertad de conciencia, entendida como derecho fundamental de la persona para no ser forzada a obrar contra la propia conciencia, ni se le impida comportarse de acuerdo con ella; finalmente, una indispensable

y firme protección jurídica de la vida humana en todos sus estadios, también en las adecuadas estructuras activas que favorecen la acogida gozosa de la vida naciente, la promoción eficaz durante su desarrollo y madurez, y su tutela cuidadosa y delicada cuando comienza su decadencia y hasta su morir natural.

Fuertes en el sacrificio

El servicio a la vida debe urgir, llenando de gozoso entusiasmo, sobre todo a los médicos católicos, que en su fe en Dios creador, de quien el hombre es imagen, y en el misterio del Verbo eterno bajado del cielo en la frágil carne de un niño indefenso, encuentran una nueva y más alta razón de dedicación solícita a la protección amorosa y a la salvaguarda desinteresada de cada hermano amenazado, especialmente si es pequeño, pobre, inerme. Me sirve de consuelo saber que estas convicciones están profundamente arraigadas en vuestro ánimo: ellas inspiran y orientan vuestra cotidiana actividad profesional y os saben sugerir, cuando es preciso, actitudes, incluso públicas, claras e inequívocas.

¡Cómo no mencionar, a este propósito, los testimonios ejemplares que habéis dado, con adhesión oportuna y concorde, a las indicaciones del Episcopado en el reciente y doloroso caso de la legislación abortiva! Ha sido un testimonio en el que —lo subrayo con orgullo en mi calidad de Obispo de Roma— esta ciudad se ha distinguido particularmente, brindando aun a los médicos no católicos una invitación y un estímulo de providencial eficacia. Este gesto responsable alcanzará más eficazmente sus fines de afirmación del derecho de la libertad de conciencia del personal médico y paramédico, aprobado por una cláusula incluida en la ley, de coherencia personal, de defensa del derecho a la vida y de denuncia social para una situación legal lesiva de la justicia, adoptado con autenticidad de motivaciones y confirmado por una generosidad desinteresada, abierta a todas las responsabilidades e iniciativas al servicio de la persona humana.

No se me oculta que la coherencia con los principios cristianos puede significar para vosotros la necesidad de exponeros al peligro de incomprensiones, de malentendidos y aun de discriminaciones molestas. En la hipótesis, bien triste de semejante eventualidad, os ayude la palabra programática, en la que se inspiró constantemente vuestro colega, el Beato Giuseppe Moscati: «Ama la verdad —escribía en una nota personal el 17 de octubre de 1922—; muéstrate como eres, y sin fingimientos y sin miedos y sin miramientos. Y si la verdad te cuesta la persecución, acéptala; y si el tormento, sopórtalo. Y si

por la verdad debieses sacrificar a ti mismo y a tu vida, sé fuerte en el sacrificio» (cf. *Positio super virtutibus*, Roma, 1972). ¿Acaso no es normal, por lo demás, que se actualice en la vida del cristiano la predicción de Cristo: «Si me persiguieron a mí, también a vosotros os perseguirán» (Jn 15, 20)? Será el momento, pues, de recordar que el Maestro divino ha reservado una bienaventuranza especial para quienes son insultados y perseguidos «por su causa» (cf. Mt 5, 11-12).

Por lo tanto, al confirmaros con mi estima el cordial estímulo para continuar por el camino del testimonio valiente y del servicio ejemplar en favor de la vida humana, imploro sobre vuestros propósitos la ayuda de la Virgen Santísima, a quien vosotros gustáis invocar como «Salud de los enfermos y Madre de la Sabiduría», imploro la protección de san Lucas, «el médico amado» (Col 4, 14), a quien veneráis como patrono, y pensando con afecto paterno en vuestros colegas de la Asociación esparcidos por toda Italia, en sus respectivas familias, como también en tantos enfermos a quienes dedicáis vuestra solicitud cotidiana, sobre vosotros y sobre ellos levanto mis manos para impartir, con efusión cordial, una especial bendición apostólica, como prenda de los deseados consuelos celestiales.

28-I-79

AL MOVIMIENTO APOSTOLICO DE CIEGOS DE ITALIA

Queridos hijos:

Expreso, ante todo, mi alegría sincera al encontrarme hoy con vosotros, consultores eclesiásticos, consejeros nacionales, delegados misioneros de más de 60 grupos diocesanos del «Movimiento Apostólico de Ciegos» de Italia, que celebra en estos días el 50 aniversario de su fundación.

A mi alegría se une la viva satisfacción por los méritos que el Movimiento se ha granjeado en estos largos años, jalonados por el sacrificio silencioso, por el compromiso serio, por la dedicación constante a fin de estimular y ayudar a los hermanos invidentes —niños, jóvenes, ancianos— para que se inserten de manera personal y responsable en la vida de la Iglesia y de la sociedad civil, para que maduren interiormente el propio itinerario con Cristo, para que ofrezcan un testimonio externo, coherente y límpido de la propia profesión de fe en el mensaje evangélico.

La bondad y la fecundidad de vuestras actividades multiformes han tenido su confirmación en la exigencia ineludible de expandir y dilatar también vuestras iniciativas en favor de los invidentes del Tercer Mundo: podemos decir que desde hace 10 años vuestro

Movimiento ha establecido puestos misioneros en Brasil, Guinea Bissau, en el Imperio Centroatricano, Kenia, Sudán, en Tanzania, Uganda, en realidad, en toda Africa. ¡Estupendo! ¡Realmente estupendo! He leído con profunda emoción las relaciones que trae vuestra hermosa revista.

Esta proyección mía y vuestra sobre el pasado, ciertamente es motivo de complacencia y satisfacción; pero hay que proyectarse también y sobre todo al futuro: millones de hermanas y hermanos invidentes en todo el mundo esperan de nosotros, si no el prodigio de la curación, sí, la comprensión, la solidaridad, el afecto, la ayuda; en una palabra, nuestra auténtica caridad, fundada en la fe. Y es precisamente esta fe la que debe actuar en nosotros mediante la caridad (cf. Gál 5, 6), como nos advierte san Pablo. Tened muy presente la recomendación de Jesús: «Así ha de lucir vuestra luz ante los hombres, para que, viendo vuestras buenas obras, glorifiquen a vuestro Padre, que está en los cielos» (Mt 5, 16).

Continuad con entusiasmo, con interés vuestro trabajo apostólico. No os dejéis abatir por las dificultades o el desaliento. Me gusta aplicaros las palabras, tan actuales, que san Ignacio, obispo de Antioquía, martirizado en Roma hacia el año 107, dirigía a los cristianos de Efeso: «Como al árbol se lo conoce por sus frutos, así a quienes se llaman discípulos de Cristo se los conocerá por sus obras. Hoy no es cuestión de profesar la fe con palabras, sino que es necesaria la fuerza íntima de la fe viva y operante para ser hallados fieles hasta el fin (Carta a los Efesos, XIV, 2).

Sobre todos vosotros, sobre todos los miembros del Movimiento, sobre todos los invidentes, invoco la gracia, la fuerza y el consuelo de Cristo, «luz del mundo» (cf. Jn 1, 5, 9; 3, 19; 8, 12; 9, 5; 12, 46), y os doy de todo corazón una especial bendición apostólica.

9-XII-79

LOS ENFERMOS TUVIERON EL PRIMER PUESTO

Deseo reservar una palabra especial y un saludo afectuoso a los enfermos aquí presentes. En la sugestiva ceremonia de San Pedro el domingo pasado, los enfermos tuvieron el primer puesto. Todos los que sufren en el cuerpo o en el alma ocupan siempre el primer puesto en el corazón del Papa. Por tanto, queridos enfermos, mi oración por vosotros es pidiendo que la fortaleza cristiana no os abandone en ninguna circunstancia, y os sirva de consuelo interior el apoyar vuestro sufrimiento en la cruz de Jesús. Con el deseo de que tengáis toda ayuda divina y humana, os bendigo cordialmente, y con vosotros

bendigo a vuestros familiares y a cuantos os están cercanos.

18-II-79

REGRESO DE MEXICO

Estoy agradecido a cuantos organizaron aquel encuentro: a los sacerdotes, médicos, miembros del servicio sanitario. Gracias a ellos pude acercarme en la tierra mexicana a tantos hermanos y hermanas míos enfermos. Pude posar mi mano sobre su cabeza, pude pronunciar una palabra de compasión y de alivio, pude recabar su oración.

Yo cuento mucho con la oración de los enfermos, con la intercesión ante Dios de los que sufren. ¡Ellos están tan cercanos a Cristo! Y yo me acerco a ellos consciente de que Cristo está presente en ellos.

El sufrimiento del prójimo, el sufrimiento de otro hombre igual en todo a mí, suscita siempre en quienes no sufren un cierto malestar y casi un sentido de embaraço. Viene instintivamente una pregunta: ¿por qué él y no yo? No es lícito sustraerse a esta pregunta, que es la expresión elemental de la solidaridad humana. Pienso que esta solidaridad fundamental es la que ha creado la medicina y todo el servicio sanitario en su evolución histórica hasta nuestros días.

Debemos, pues, detenernos un poco ante el sufrimiento, ante el hombre que sufre, para volver a descubrir este vínculo esencial entre el «yo» humano mío y suyo. Debemos detenernos un poco ante el hombre que sufre para testificarle y, en cuanto sea posible, testificar juntamente con él, toda la dignidad del sufrimiento, diría toda la majestad del sufrimiento. Debemos inclinar la cabeza ante los hermanos o hermanas que son débiles e indefensos, privados precisamente de lo que a nosotros se nos ha concedido y de lo que gozamos cada día.

Estos son sólo algunos aspectos de esa gran prueba que tanto cuesta al hombre, pero que al mismo tiempo lo purifica, como purifica a quien trata de solidarizarse con el otro, con el «yo» humano que sufre.

Cristo ha dicho: «Estaba enfermo y me visitasteis» (Mt 25, 36).

Roguemos hoy por todos los enfermos que encontré en los caminos de mi viaje a México, y también por aquellos, más numerosos aún, con los que no pude encontrarme; recemos también por los que participarán hoy en la Misa en la basílica de San Pedro y por todos los que sufren, dondequiera se encuentren.

Queridos hermanos y hermanas que sufrís, somos deudores vuestros. ¡El Papa es vuestro deudor!

¡Rezad por nosotros!

18-II-79

Noticiario

Hospitales

LISBOA

AYUDA A LOS ENFERMOS MAS NECESITADOS

Los hermanos de san Juan de Dios de Portugal están de enhorabuena. El Ministerio de Asuntos Sociales ha aprobado los estatutos por los que se regirá el Instituto San Juan de Dios, creado para prestar los cuidados médicos y asistenciales, a los enfermos más necesitados de la población portuguesa.

Este importante evento cobra su máxima actualidad ahora que los hermanos de san Juan de Dios están celebrando con importantes actos culturales, religiosos y propios de los profesionales de la medicina, los cincuenta años de la provincia de Portugal que abarca tanto la metrópoli, islas portuguesas, Brasil y antiguos territorios de Mozambique, Africa. Como homenaje a la labor que los hermanos de san Juan de Dios desarrollan en los países de habla portuguesa, publicamos la lección dictada por el hermano Ramón Ferreró, en el Congreso celebrado recientemente en Lisboa y que el lector encontrará en la sección Organización de Hospitales y los estatutos a los que nos referimos en esta información, que fueron aprobados por el Ministerio de Asuntos Sociales, Dirección General de Asistencia Social, Inspección Superior de Tutela Administrativa de Portugal.

ESTATUTOS INSTITUTO SAN JUAN DE DIOS

CAPÍTULO I

DENOMINACION, NATURALEZA Y FINES

Artículo 1.º Por iniciativa de la Provincia Portuguesa de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, y al amparo del

Concordato entre la Santa Sede y el Estado Portugués, y de lo preceptuado en el artículo 454 del Código Administrativo, se crea el «Instituto S. João de Deus» con sede en Telhal, Algueirao-Mem Martins, Sintra.

Artículo 2.º El Instituto tiene por objeto la prestación de servicios médicos, dirigida especialmente a las categorías más necesitadas de la población.

Artículo 3.º Para conseguir un objetivo, el Instituto mantendrá los establecimientos siguientes:

- a) Casa de Salud del Telhal.
- b) Casa de Salud de San Juan de Dios, en Funchal.
- c) Casa de Salud de San Rafael, en Angra do Heroísmo.
- d) Casa de Salud de San Juan de Dios, en Barcelos.
- e) Hospital Infantil de San Juan de Dios, en Montemor-o-Novo.
- f) Casa de Salud de San Miguel, en Ponta Delgada.
- g) Casa de Salud de San José, en Vilar de Frades.

Artículo 4.º Cada establecimiento gozará de autonomía administrativa y elaborará con la debida antelación su presupuesto y cuentas de gestión, estadísticas y plantillas de personal, todo lo cual someterá a la aprobación de la Junta Directiva del Instituto antes de su remisión a los servicios tutelares competentes.

Artículo 5.º Al frente de cada establecimiento habrá un Superior elegido por el Capítulo Provincial por un período de tres años, renovable en los términos del artículo 243 de los Estatutos Generales de la Orden.

Artículo 6.º La organización y funcionamiento de cada establecimiento constará en un reglamento de régimen interior elaborado por la Junta Directiva y sometido a la aprobación de los servicios competentes del Ministerio de Asuntos Sociales.

Artículo 7.º El ejercicio de nuevas actividades sólo podrá iniciarse con autorización previa de la entidad tutelar competente.

CAPÍTULO II

ORGANOS GESTORES

Artículo 8.º La gestión del «Instituto San Juan de Dios» se ejercerá por una Junta Directiva, un Consejo Coordinador y un Consejo de Fiscalización.

Artículo 9.º

1. El mandato de los Organos Gestores durará tres años y podrá ser renovado.
2. El ejercicio de los cargos directivos será gratuito.

Sección I

JUNTA DIRECTIVA

Artículo 10.º La Junta Directiva del «Instituto San Juan de Dios» estará constituida por el Superior Provincial y por los Consejeros primero, segundo, tercero y cuarto, elegidos conforme a las Constituciones de la Orden, quienes desempeñarán los cargos de Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Vocal.

Artículo 11.º Compete a la Junta Directiva dirigir y administrar el Instituto, y especialmente:

- a) Elaborar y someter a las entidades tutelares los presupuestos y cuentas de gestión.
- b) Presentar a la aprobación de la entidad tutelar las plantillas de personal de los establecimientos dependientes del Instituto.
- c) Contratar empleados de acuerdo con las calificaciones legales previstas para los puestos de trabajo respectivos, y ejercer con relación a ellos la potestad disciplinaria pertinente.
- d) Proveer sobre las fuentes de ingresos del Instituto.
- e) Resolver acerca de aceptación de herencias, donaciones y legados, sin perjuicio, en cuanto a estos últimos, de la autorización de la entidad tutelar, si estuvieren gravados con cargas.
- f) Representar al Instituto en juicio o fuera de él.
- g) Adquirir, y enajenar o gravar de cualquier forma, toda clase de bienes muebles o inmuebles del Instituto, ora se le adjudiquen a título oneroso, ora como donativo o en otro concepto, con inclusión de los actos *inter vivos* de adquisición y enajenación para cumplimiento de sus fines, así como de todas las disposiciones *mortis causa* de que fuera beneficiario en orden a los mismos fines; y otorgar los contratos procedentes previa autorización de la Entidad Tutelar.
- h) Abrir y mantener cuentas bancarias, aceptar, librar y endosar títulos de crédito.
- i) Conferir poderes de gestión y representación, pudiendo, en particular, nombrar uno o más mandatarios, quienes en los términos fijados en el apoderamiento podrán aceptar, librar y endosar letras de cambio o libranzas, aceptar o endosar cheques, vales postales, órdenes de pago o cualquier otro documento de giro bancario.
- j) En los casos previstos en el apartado anterior, el administrador o los administradores cuya firma sea necesaria y suficiente para obligar al Instituto, podrán delegar poderes en otro administrador o mandatario idóneo.

Artículo 12.º Las atribuciones enumeradas en el apartado c) del artículo anterior podrán delegarse en los Superiores de los establecimientos.

Artículo 13.º Compete en especial al Superior Provincial en calidad de Presidente:

- a) Supervisar la administración del Instituto.
- b) Despachar los asuntos de trámite ordinario y los que requieran solución urgente, que someterá a confirmación de la Junta Directiva en su primera reunión.
- c) Velar por la ejecución de las resoluciones de la Junta Directiva y del Consejo Coordinador.
- d) Firmar las autorizaciones de pago y los mandamientos de ingreso conjuntamente con el Tesorero, así como la correspondencia.

Artículo 14.º Compete al Primer Consejero Provincial, en calidad de Vicepresidente, asistir al Superior Provincial en el ejercicio de sus atribuciones y sustituirlo en caso de ausencia o impedimento.

Artículo 15.º Corresponde al Secretario:

- a) Extender las actas de las sesiones y dirigir el despacho de trámite.
- b) Preparar el trámite de los asuntos que hayan de someterse a la Junta Directiva.

Artículo 16.º Incumbe al Tesorero:

- a) Recibir y custodiar los valores del Instituto.
- b) Firmar las autorizaciones de pago y los mandamientos de ingreso conjuntamente con el Superior Provincial, y archivar toda la documentación de ingresos y gastos.
- c) Presentar mensualmente a la Junta Directiva un balance parcial en que se analizarán los ingresos y gastos del mes anterior.

Artículo 17.º Compete al Vocal el ejercicio de las funciones que le asigne la Junta Directiva.

Artículo 18.º

1. La Junta Directiva deberá reunirse una vez al mes, por lo menos.
2. De cada reunión se levantará acta, que constará en su correspondiente libro.

Artículo 19.º

1. La Junta Directiva será convocada por el Presidente, o en caso de ausencia o impedimento, por el Vicepresidente, y solamente podrá tomar acuerdos si asiste la mayoría de sus miembros.
2. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los presentes, y el Presidente tendrá voto de calidad.

Sección II

CONSEJO COORDINADOR

Artículo 20.º El Consejo Coordinador estará constituido por los Superiores de los establecimientos dependientes del Instituto.

Artículo 21.º Es competencia del Consejo Coordinador:

- a) Orientar y supervisar las actividades de los establecimientos, coordinándolos y fomentando su eficiencia y perfeccionamiento.
- b) Resolver sobre cualquier materia de competencia de la Junta Directiva que ésta considere oportuno someter a su decisión.
- c) Disponer sobre la modificación de los estatutos.

Artículo 22.º El Consejo Coordinador, que habrá de celebrar reunión ordinaria una vez al año, se convocará con anticipación no inferior a ocho días por medio de aviso cursado a cada miembro, en el que constará día, hora, local de reunión y orden del día.

Artículo 23.º

1. El Consejo Coordinador sólo podrá funcionar y resolver si está presente la mayoría de sus miembros.
2. Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los presentes.

Artículo 24.º Se levantará acta de las reuniones del Consejo Coordinador, la cual se pasará al libro correspondiente.

Sección III

CONSEJO DE FISCALIZACIÓN

Artículo 25.º El Consejo de Fiscalización estará constituido por un Presidente y dos Vocales elegidos por el Capítulo Provincial, con exclusión de quienes sean miembros de la Junta Directiva y del Consejo Coordinador del Instituto.

Artículo 26.º Incumbe al Consejo de Fiscalización inspeccionar y comprobar todos los actos de administración, velando

por el cumplimiento de los estatutos y reglamentos, y en particular:

- a) Dictaminar sobre cualquier asunto que le someta la Junta Directiva.
- b) Proponer al Presidente de la Junta Directiva la celebración de reuniones extraordinarias conjuntas para la discusión de asuntos concretos.
- c) Informar acerca de la Memoria anual y cuentas de gestión presentadas por la Junta Directiva.

Artículo 27.º El Consejo de Fiscalización se reunirá por lo menos una vez por trimestre, y de sus reuniones se extenderá acta.

CAPÍTULO III REGIMEN FINANCIERO

Artículo 28.º Constituyen ingresos del Instituto:

- a) Los rendimientos de los distintos servicios hospitalarios, asistenciales y afines.
- b) Los rendimientos de los diversos servicios de apoyo a las actividades hospitalarias y asistenciales.
- c) Los rendimientos de los bienes de su propiedad.
- d) Los rendimientos de herencias, donaciones y legados a su favor.
- e) Donativos, producto de festivales y suscripciones, y otros ingresos eventuales.
- f) Subvenciones de entidades particulares y oficiales.

Artículo 29.º La cuenta y razón de ingresos y gastos responderá a las directrices señaladas por la entidad tutelar.

CAPÍTULO IV DISPOSICIONES DIVERSAS Y TRANSITORIAS

Artículo 30.º El Instituto san Juan de Dios se somete en el ejercicio de sus funciones a la legislación aplicable, sea canónica o civil.

Artículo 31.º

1. Los estatutos del Instituto podrán modificarse por decisión conjunta de la Junta Directiva y Consejo Coordinador.
2. La decisión prevista en el número 1 requiere el voto favorable de tres cuartos del número de miembros de la Junta Directiva y del Consejo Coordinador.

Artículo 32.º En caso de extinción del Instituto, revertirán a la Provincia Portuguesa de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios los bienes que le hubieren afectado y los que hubieren sido confiados o donados con esa condición. En cuanto a los restantes, se aplicará lo dispuesto en la legislación civil vigente.

Artículo 35.º Los casos no previstos se resolverán por la Junta Directiva con arreglo a la legislación en vigor y a las instrucciones de las entidades tutelares.

JULIO FARIA DOS REIS
Superior Provincial

BARCELONA

PENSANDO EN LA CELEBRACION DEL DIA DEL ENFERMO EN ESPAÑA

La fecha del 8 de marzo, en la que la Iglesia exalta a san Juan de Dios, ha traído el recuerdo de la declaración del Santo del amor —junto con san Camilo de Lelis— como patronos de los enfermos, hospitales y personal de enfermería.

Para conocimiento de los lectores de LABOR HOSPITALARIA, insertamos los decretos dados por la Santa Sede. Estos documentos históricos nos hacen pensar en la celebración en España, en la fecha del 8 de marzo, el día del enfermo, al igual que ya se celebra en varias naciones católicas.

ANTEPROYECTO DE REGLAMENTO

Ha sido confeccionado y presentado para su aprobación, el anteproyecto de reglamento que habrá de regir en las Escuelas Universitarias de Enfermería dependientes de la Universidad Central de Barcelona.

LABOR HOSPITALARIA tendrá informados a sus lectores de este importante reglamento, una vez haya sido aprobado por la autoridad competente.

De momento este reglamento, una vez aprobado, será aplicado a las escuelas autorizadas actualmente: Príncipes de España, Hospitalet, Nuestra Señora del Mar, San Juan de Dios y Universidad Central, Barcelona.

HECHOS Y FIGURAS

LA HUELGA EN HOSPITALES CRUEL E INSUFRIBLE

«El derecho de los enfermos a ser cuidados tiene prioridad sobre el derecho a la huelga. El respeto por el sufrimiento humano es un principio absoluto que no puede ser violado, ni siquiera en la amargura de las controversias de los sindicatos», ha dicho el Cardenal Colombo, Arzobispo de Milán, en relación con la huelga de los 300.000 trabajadores italianos de hospitales.

«Los pacientes —añadió el Cardenal Colombo— no deben sufrir las repercusiones de los conflictos laborales. La agravación del dolor de uno que ya está sufriendo no debe ser utilizado como medio de lucha; los derechos justos de los trabajadores han de ser defendidos buscando otros medios de presión.» Y el Cardenal de Milán criticó «los grandes desequilibrios irracionales en las escalas de sueldos en Italia, que son la causa de situaciones de penuria, que a todo ciudadano de pensamiento recto aparecen como crueles e insufribles, como la huelga de hospitales es sin duda cruel e insufrible». Pidió a los dirigentes del Estado «que se comprometieran seriamente a proporcionar una mejor justicia distributiva que es esencial para una sociedad bien ordenada».

Los Cardenales Benelli, de Florencia, y Ursi, de Nápoles, han tomado actitudes similares a la del Cardenal Colombo frente a la huelga de trabajadores de hospitales.

También en Inglaterra, el Cardenal de Londres, Dr. Hume, Arzobispo de Westminster, y los obispos —católico y anglicano— de Liverpool, han hecho referencia a las huelgas del personal sanitario pidiendo que no sean los enfermos quienes paguen la carencia de entendimiento entre los diversos sectores. El enfermo —pobre entre los más pobres— tiene unos derechos inalienables.

J. M.ª ALIMBAU
Hoja Dominical. Barcelona

Pastoral



SI A LA VIDA

Juan Pablo II se ha referido con insistencia a la defensa de la vida desde el instante mismo de su concepción. El ejemplo del Papa nos anima a traer a Labor Hospitalaria dos informaciones relacionadas con el aborto. Una procede de Milán, la otra es del episcopado portugués.

MILAN

UN GRAN HONOR PARA LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

El hermano Honorio Tosini no quiere que en los hospitales de los hermanos de San Juan de Dios se practique el aborto y el Gobernador de Milán le ha condenado por este motivo. Este hecho ha constituido un alto honor para la Orden Hospitalaria. Al felicitar al hermano Provincial de los hospitalarios por haber demostrado al mundo —una vez más— que los hermanos de San Juan de Dios seguirán haciendo el bien en cualquier parte del mundo donde desarrollan su obra hospitalaria, sin temor a los perseguidores de la Iglesia, copiamos lo que L'Osservatore Romano escribió al dar la noticia a sus lectores:

«A tanto se ha atrevido el magistrado en la interpretación de la carta del prior del hospital, que no contenía ningún tono de chantaje. El padre Tosini, aún en el ejercicio de su derecho, prosigue el diario de la Santa Sede, sencillamente ha hecho presente la oportunidad para el personal médico de servirse de un derecho previsto por la ley, para evitar que en un hospital dirigido por una institución religiosa se perpetren abortos que la doctrina católica considera como abominables delitos».

LISBOA

NOTA PASTORAL DEL EPISCOPADO PORTUGUES SOBRE EL ABORTO

Asistimos hoy a una abierta campaña en favor de la liberalización del aborto en la que se evocan continua-

mente los mismos razonamientos de siempre, que la simple lucidez haría abandonar.

En primer lugar, insistiendo sobre el argumento de la angustia provocada por un embarazo no deseado que pretende atenuar o esconder un hecho esencial: que está en juego una vida humana que tiene los mismos derechos que cualquier otro ser humano ya nacido, ni más ni menos porque es humano desde el comienzo.

Se trata de una verdad biológica, que los conocimientos actuales han permitido establecer definitivamente y que no es posible continuar ocultando o negando (J. Lejeune: *Histoire naturelle des hommes*; J. Jiménez Vargas: *El origen de la vida*; Keith More: *The developing human*). El respeto a la vida no puede limitarse a aquellos que tienen posibilidad de defenderse, sino que deberá subsistir en cualquier circunstancia o edad, tanto para los inválidos como para los ancianos, para los enfermos como para los que han de nacer.

Respeto a la dignidad y a las fuentes de la vida

Por otra parte, especular sobre la mencionada situación de angustia sirve de tapadera a la deformación de la verdad de los hechos médicos y sociales: el aborto se presenta como absolutamente inofensivo o menos peligroso que el embarazo o el parto, cuando, por el contrario, los hechos verificados en los países en que el aborto ha sido legalizado hace años, demuestran exactamente lo contrario (Wilke, Mr. y Mrs.: *Handbook on abortion*; Wynn, M. A.: *Aborto: consecuencias en los futuros niños*; Haya-saka: *Japón: 22 años de experiencia de liberalización del aborto*).

Se presenta por otra parte la legalización del aborto como remedio definitivo contra el flagelo del aborto clandestino, dejando en la sombra los hechos registrados en continuos informes de varios países (Japón, Inglaterra, Estados Unidos y otros) que llaman la atención no sólo sobre el aumento progresivo de los abortos legales, sino, ante todo, sobre la no disminución e incluso aumento de los abortos ilegales (*ib.*).

Apelando a la amenaza de la superpoblación evocada principalmente en el último decenio por la sociedad de consumo, el aborto se presenta también como simple técnica para regular los nacimientos y en la línea de técnicas anticonceptivas progresivamente abortivas. Se pretende de este modo introducir el adormecimiento gradual de la conciencia para que se olvide que matar a seres humanos no puede ser jamás un medio legítimo para planificar la vida sobre la tierra.

El control de la natalidad debe llevarse a cabo únicamente dentro del más riguroso respeto a la dignidad de la vida y de las fuentes de la vida utilizando los medios naturales ya ampliamente estudiados (ver, *Familia y natalidad*, pastoral colectiva del Episcopado portugués, febrero de 1975 y cuyo valor ha sido reconocido por la misma Organización Mundial de la Salud. H. Mahler: *Relación ante la XXIX Asamblea mundial de la Salud*, 1976).

Por último, y aprovechando toda circunstancia propicia (Año Internacional de la Mujer, Jornada mundial de la Mujer), se pretende justificar el aborto como forma de liberación de la mujer respecto a los prejuicios que en cierta medida la han mantenido esclava en una sociedad dominada por el hombre, repitiendo la reivindicación del «derecho al propio cuerpo». Con esto se oculta una vez

más la realidad que es el nuevo ser sobre el que ya no incumbe a la mujer decidir, puesto que desde el comienzo de la concepción está dotado de una personalidad propia.

De verdad podemos decir que ya se ha iniciado en mayor o menor grado en todo el mundo, y se prepara igualmente en nuestro país, una nueva matanza de inocentes, no en la cámara de gas o en los campos de concentración, sino en el ambiente esterilizado de la sala operatoria que, por el contrario, debería existir solamente para salvar y no para destruir vidas humanas.

La actitud constante y universal de la Iglesia ante el problema

Lo que acabamos de exponer y en lo que apenas afloran algunos de los muchos males relacionados con esa tenebrosa mixtificación que es la campaña en favor del aborto, permite comprender mejor la actitud constante y universal de la Iglesia, atenta siempre e intransigente en salvaguardar al ser humano en su plena dignidad, integridad y autenticidad (véase *Gaudium et spes*; Sínodo de los Obispos; Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe; Declaraciones de numerosas Conferencias Episcopales).

Por consiguiente, en defensa de la vida y no solamente por motivos de orden religioso, con toda nuestra autoridad pastoral y en conformidad con el Magisterio unánime de la Iglesia repudiamos enérgicamente no sólo las campañas con las que se pretende manipular la opinión pública para que se adhiera a las prácticas abortivas con el pretexto, frecuentemente, de planificación de la familia, sino también cualquier tentativa actual o futura de la legalización del aborto.

Al mismo tiempo, recordamos a todos los fieles, además de la grave obligación de informarse sobre estos problemas, el deber igualmente grave de mantenerse firmes en la condena de un acto que no podemos dejar de calificar como «crimen abominable» para usar la justa expresión del Concilio Vaticano II (*Gaudium et spes*, 51).

Sabemos, como es obvio, que existen en este campo situaciones reales, algunas muy dolorosas, de orden físico, psicológico o social, que interpelan seriamente la conciencia cristiana. Tales situaciones, sin embargo, de ningún modo deberán resolverse con el aborto, sino mediante firmes medidas sociales que tengan presente ante todo la educación en el respeto a la vida y al amor, una sana pedagogía sobre la paternidad responsable, y la mejora de los salarios y de la vivienda familiar.

A los cristianos compete como derecho y como deber de su vocación privilegiada, una contribución indispensable, dinámica, consciente y decisiva para que estos objetivos lleguen a realizarse en la práctica.

DECRETOS

LEON PP. XIII

Para perpetua memoria. Dios, rico en misericordia, suscitó en su Iglesia, por inspiración del Espíritu divino, unos varones que, inflamados por el fuego de la caridad y posponiendo todas las cosas, sin temer peligro alguno, ni siquiera el de la propia vida, cada cual escogió para sí un menester especial con que remediar las varias y distintas necesidades y desgracias del género humano. En el nobilísimo grupo de los varones sobre-



salen los Confesores de Cristo Camilo de Lellis y Juan de Dios que, inflamados de un semejante amor hacia el prójimo, no dudaron en aceptar toda clase de molestias y fatigas y en arriesgar su vida por la salud corporal de los enfermos y su eterna salvación; pues mientras el uno, por virtud del sagrado ministerio, robustecía y confortaba las almas de los que se debatían en la última agonía, aliviando al propio tiempo los cuerpos doloridos, el otro procuraba de igual modo el bienestar sempiterno de las almas dando hospedaje y medicina a los enfermos. Los dos, habiendo reunido compañeros y establecido unas normas aprobadas luego por la Sede Apostólica, formaron unas familias religiosas herederas de su caridad, que han llegado florecientes hasta estos tiempos y que, cada cual por su parte, siguiendo los luminosos y singulares ejemplos de su Fundador, han dado, en todo tiempo y en especial cuando el contagio y la epidemia se recrudecían, espléndido testimonio de caridad, incluso con el sacrificio de la vida de sus afiliados. Y ahora que el enemigo, persiguiendo con redoblado ímpetu a la Esposa de Cristo, se empeña en debilitar y destruir por completo a las familias religiosas de las órdenes regulares, que con su ornato y defensa, se ha encendido en los fieles, y ante todo en los Obispos, el común deseo de suplicar que los dos Confesores antedichos sean declarados y dados a conocer, por la autoridad de la Santa Sede Apostólica, como Patronos celestiales de todos los hospitales y enfermos existentes en todo el mundo, y que sean invocados en las letanías de los agonizantes, para que se acreciente su culto y la confianza de los enfermos en su patrocinio. Señalado día, como es costumbre, fueron sometidos estos deseos al Consejo de Nuestros Venerables Hermanos, los Cardenales de la S.R.I. encargados de entender en la defensa de los Sagrados Ritos; y este mismo Consejo de nuestros Venerables Hermanos, después de haber considerado cuidadosamente todo ello, y oído a Nuestro amado hijo el Presidente-Juez competente, contestó «en favor de

la concesión del patronazgo de los Santos Camilo de Lellis y Juan de Dios sobre todos los hospitales y enfermos del mundo entero, y de la inserción de los nombres en dichos Santos en las letanías de los agonizantes después del nombre de S. Francisco»; sentencia de Nuestros Venerables Hermanos que Nos ratificamos y confirmamos; y, en virtud de Nuestra Autoridad Apostólica, constituimos y declaramos Celestiales Patronos de todos los hospitales y enfermos de cualquier parte a los Santos Camilo de Lellis y Juan de Dios, y asimismo es Nuestra voluntad que se inserten e invoquen los nombres de dichos Santos en las letanías de los agonizantes, después del nombre de S. Francisco. En consecuencia, decretamos que Nuestros acuerdos sean ahora y en lo sucesivo firmes, válidos y eficaces; surtan y conserven la plenitud y totalidad de sus efectos, y favorezcan cumplidamente a aquéllos a quienes respectan. Sin obstáculo alguno, salvo especial y singular mención y anulación. Dado en Roma, junto a San Pedro, bajo el anillo del Pescador, el día 22 de junio de 1886, año Noveno de Nuestro Pontificado.

M. CARD. LEDÓCHOWSKI

PIO PP. XI

Para perpetua memoria. Conviene en absoluto, y Nos parece decisión muy oportuna, que, en este tiempo en que los enfermos seculares se agrupan y clasifican en múltiples asociaciones, tengan también unos Patronos celestiales, por cuyo ejemplo movidos se inflamen, al cuidar a los enfermos, en aquel espíritu de caridad cristiana que el Divino Maestro nos dejó en los Santos Evangelios. Con esta idea, al rogarnos encarecidamente Nuestros amados hijos, el actual Prior General de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios y el hoy también Prefecto de los Clérigos Regulares que cuidan a los enfermos, que tuviéramos a bien declarar y nombrar celestiales patronos, ante Dios, de los enfermeros católicos de todo el mundo, a los Fundadores de sus respectivas Ordenes, san Juan de Dios y san Camilo de Lellis, Nos decidimos acceder con satisfacción y de buen grado a tales piadosos ruegos. Y en verdad que no se Nos oculta que san Juan de Dios, ya desde el año 1537, fundó la primera agrupación de seculares para cuidar de los pobres enfermos; y que Camilo de Lellis dio espléndidas muestras, mientras vivió, de todas las virtudes, elegido por Dios para servir a los enfermos y enseñar a los demás el modo de cuidarlos. Así las cosas, oído Nuestro amado hijo Camilo Laurenti, Cardenal Diácono de la Santa Iglesia Romana, Prefecto de la Sagrada Congregación de Ritos, movidos también por el encarecimiento de muchísimos Obispos, y examinando con atención el documento Apostólico «*Dices in misericordia Deus*», dado bajo esta misma forma por Nuestro Predecesor el papa León XIII, de reciente memoria, en fecha 23 de junio de 1886, sobre los propios santos Juan de Dios y Camilo de Lellis, Patronos de los Hospitales y Enfermos, para fomentar y también aumentar la devoción y confianza de las asociaciones católicas de enfermeros hacia estos Santos Fundadores de Ordenes y Patronos de los Enfermos, por voluntad propia y con conocimiento cierto y madura deliberación Nuestra, y por la plenitud de Nuestra potestad Apostólica, en virtud del presente documento y a perpetuidad, declaramos y nombramos celestiales Patronos ante Dios de todas las antedichas asociaciones, así como de todos los enfermeros de ambos sexos hoy y en el futuro existentes en toda la tierra, a san Juan de Dios y a san Camilo de Lellis. Esto queremos y ordenamos, declarando sean y permanezcan siempre firmes, válidas y eficaces las presentes decisiones; y surtan y conserven plenos y totales efectos; y favorezcan ahora y en el futuro, para siempre, a aquellos a quienes afectan o puedan hacer referencia; con este espíritu y forma deberán ser estimadas y definidas; y, si alguien en virtud de cualquier autoridad, a sabiendas o por ignorancia, pretendiera a este respecto lo contrario, quede ello

desde ahora sin validez ni eficacia. Sin obstáculo alguno. Dado en Roma, junto a San Pedro, bajo el anillo del Pescador, el día 28 del mes de agosto del año 1950, noveno de Nuestro Pontificado.

E. CARD. PACELLI
Secretario de Estado

PRESENCIA Y ACCION DE LA IGLESIA EN EL MUNDO DE LA SALUD EN CHILE

Documento presentado a la Conferencia Episcopal por la Comisión de Salud de Conferre

INTRODUCCIÓN

Llamados por vocación al servicio de los enfermos como Religiosos de Salud, hacemos nuestros, los sufrimientos, dolores y esperanzas que tienen los hombres que sufren, y hacemos esta presentación a nuestros Pastores para expresarles nuestra disponibilidad y colaboración en la misión que Jesús les ha encomendado, y para pedirles su luz, orientación y denuncia frente a la realidad que nosotros día a día constatamos.

El mismo Señor quiso elegir como signo privilegiado de su mesianidad la atención y salud de los enfermos (Mt. 11,5), se identifica con ellos (Mt. 25,31-36) y al enviar a sus discípulos les encarga cuidar y evangelizar a los enfermos (Mc. 16,18). Esta tarea y preocupación ha tenido siempre en la Iglesia un lugar privilegiado (Cf. Hechos 6; Hechos 3,9) a través de toda su historia y ratificado de forma más solemne en las afirmaciones del Vaticano II: «*La misericordia con los necesitados y los enfermos y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con singular honor*» AA.8 (Cf. LG 46; CD 30; PO 6 y 8; OT 8; y Mensaje del Concilio a los enfermos).

Como Religiosos de Salud nos urge un quehacer evangelizador entre y con los enfermos, pero nos hace sufrir, el que se añadan a sus padecimientos, otros que se derivan de situaciones injustas como si la salud fuera un privilegio y no un derecho humano afirmado y reconocido por todos. (Cf. Declaración Universal de los Derechos Humanos, n.º 25).

El actual proceso de la Reforma de la Salud, que se está iniciando en el país para lograr una descentralización que haga más racional la distribución de posibilidades y recursos, es un buen momento para que nuestros obispos, conociendo esta realidad, puedan ofrecer criterios de acción que manifiesten claramente cómo también en el hoy de nuestra evangelización estamos realmente con los que son pobres, no se les reconocen sus derechos y además sufren.

REALIDAD DE LA SALUD EN CHILE

Hechos positivos

— Situación del enfermar como oportunidad especial de encuentro con el Señor.

— Número de personas que pasan por los hospitales, que trabajan en Salud, etc.

— Labor que se está realizando en las tareas de Prevención, niños desnutridos y futuras mamás.

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE ASISTENCIA MEDICA,
SEGUN NUMERO DE CAMAS Y TIPO DE ATENCION POR REGIONES S.N.S.

REGIONES	NUMERO DE HOSPITALES DE ATENCION ABIERTA				
	Camas	Asilos, Hospicios y Hogares	Consultorios	Postas y Enfermerías	
CHILE	230	33 118	40	324	953
I Tarapacá	4	837	—	15	22
II Antofagasta	8	1324	—	18	24
III Atacama	8	512	—	8	29
IV Coquimbo	10	912	1	7	73
V Aconcagua-Valparaíso	32	4278	5	31	86
Región Metropolitana	33	11 859	8	127	71
VI O'Higgins-Colchagua	19	1450	1	9	59
VII Curicó-Talca-Maule-Linares	17	2177	4	40	92
VIII Ñuble-Concepción-Arauco-Biobío	37	4377	15	27	133
IX Malleco-Cautín	25	2142	2	18	136
X Valdivia-Osorno-Llanquihue-Chiloé	27	2571	2	20	184
XI Aisén	4	169	1	2	25
XII Magallanes	6	510	1	4	19

Datos publicados por el SNS en el MERCURIO (5-11-1978).

— Inquietud que se advierte hacia las personas ancianas.

— Creciente preocupación de grupos diversos de personas que expresan su solidaridad con los enfermos (Damas de Rojo, Verde, etc.).

— Iniciativas de grupos y personas cristianas que visitan y se preocupan por los enfermos.

— Creación de la Vicaría de Pastoral de Salud en la Archidiócesis de Santiago.

— Comisión de Salud de CONFERRE, preocupada por motivar y suscitar iniciativas entre los religiosos y abierta a incentivar a los laicos para esta misión.

Hechos negativos

— Deficiencias notorias en los Centros Asistenciales: *Edificaciones* inadecuadas, viejas y con limitaciones en sus servicios. *Deshumanización*, motivada por la falta del personal adecuado, falta de sensibilidad y responsabilidad profesional. *Escasez de posibilidades de atención*: Consultorios-Policlínicos, faltan recursos humanos y económicos que se traducen en largas esperas y desatención de los enfermos. Hospitales. Escasez de camas, que motiva retardar la atención y altas prematuras, sobre todo en los enfermos mentales. *Problemas deontológicos*: Comportamiento del personal que impide se reconozcan los derechos del enfermo a ser informado, atendido, etc. Abortos, esterilizaciones y manipulaciones realizadas fuera y dentro de los Hospitales, sin contar con los mismos pacientes, en algunas ocasiones. *Injusta distribución de los centros de salud* y recursos económicos y humanos que posee el país, afectando a los de recursos económicos más limitados.

— Inadecuada presencia de la Iglesia en los Centros de Salud, y el escaso influjo en las Escuelas de Medicina, Enfermería, etc.

— Falta de capellanes de hospitales, o los dedicados a

este ministerio no siempre con la vocación y compromiso que exige.

— Falta de conexión-comunicación e información entre los grupos y personas cristianas que trabajan o visitan a los enfermos.

— Falta de material evangelizador para distribuir gratuitamente a los enfermos.

— Labor ecuménica con los Hermanos de otras confesiones cristianas no realizada.

SUGERENCIAS A NUESTROS OBISPOS

Solamente hemos querido ofrecer una primera impresión del complicado mundo de la Salud, pero que ya abre luz para que nadie podamos sentirnos cómodos y hacer justificaciones fáciles ante esta realidad. Personas técnicas serían las encargadas de concretar mucho más lo que nosotros solamente sugerimos.

— Una toma de conciencia frente a la realidad de la Salud en Chile por parte de nuestros Pastores.

— Su palabra de maestros y padres, que estimulen lo positivo y denuncien las situaciones de injusticia y violación de un derecho natural: la salud, tal como la entiende la Organización Mundial de la Salud (OMS).

— Organizar un plan nacional de Pastoral de Salud, creando un Organismo que asuma la presencia de la Iglesia en el campo de la Salud.

— Hacer una catequesis a nivel diocesano-parroquial-comunidades-etc., para que en los planes de pastoral, los enfermos ocupen un lugar de prioridad.

— Antes de crear los ministros de los enfermos, motivar a las comunidades cristianas, para que ellos sean sus testigos, y no *funcionarios* individuales de la Iglesia.

— Mantener contactos a nivel de Pastores entre las diversas confesiones cristianas, para una tarea conjunta en estas acciones pastorales.



**UN SISTEMA FUNCIONAL
QUE SUPERA TODAS LAS LIMITACIONES,
INCLUSO LAS ECONOMICAS**

SISTEMA VASCULAR "S"

Una unidad de trabajo que pone en sus manos la posibilidad de incluir, en su gabinete radiológico, un área hasta ahora excesivamente costosa, cuyo mayor obstáculo no era otro que el económico. Póngase en contacto con General Eléctrica Española, y verá cómo este problema lo ve de distinta forma que hasta ahora.



Tecnología Española al Servicio de la Salud

YOGHOURT DANONE

con la gente sana

Para empezar cada día con una sonrisa,
hoy más que nunca es necesaria una
alimentación equilibrada y sana.
Y para hacerla más rica y variada:
YOGHOURT DANONE, el alimento

natural, sano, nutritivo y ligero que
gusta a todos a todas horas.
Hoy, más que nunca, YOGHOURT
DANONE está con la gente sana.

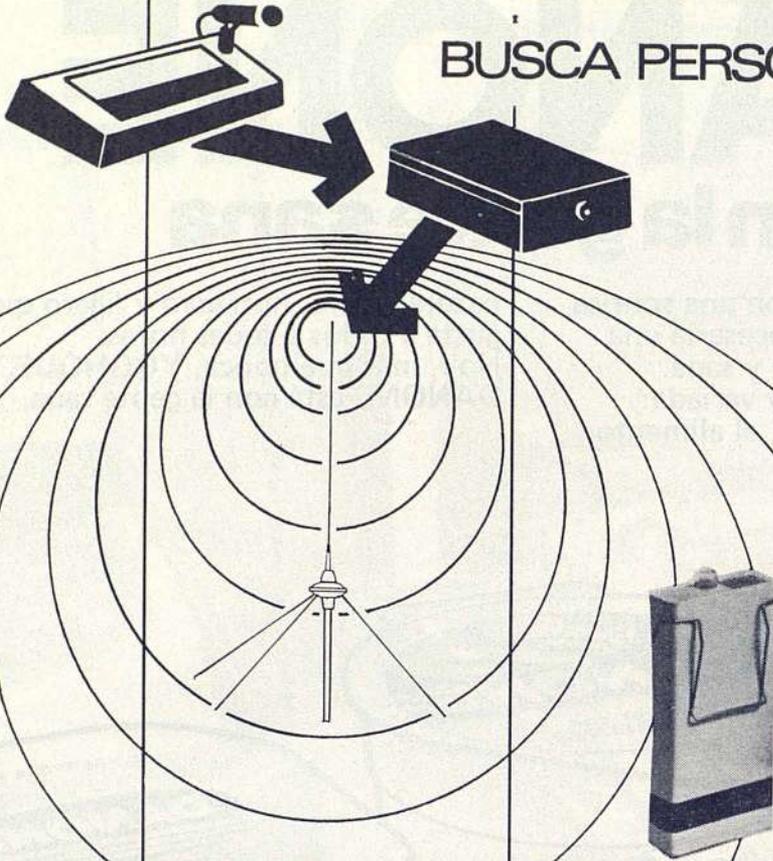


Alimentos frescos y naturales

yoghourt
natural

FERMAX BP

BUSCA PERSONAS POR RADIO

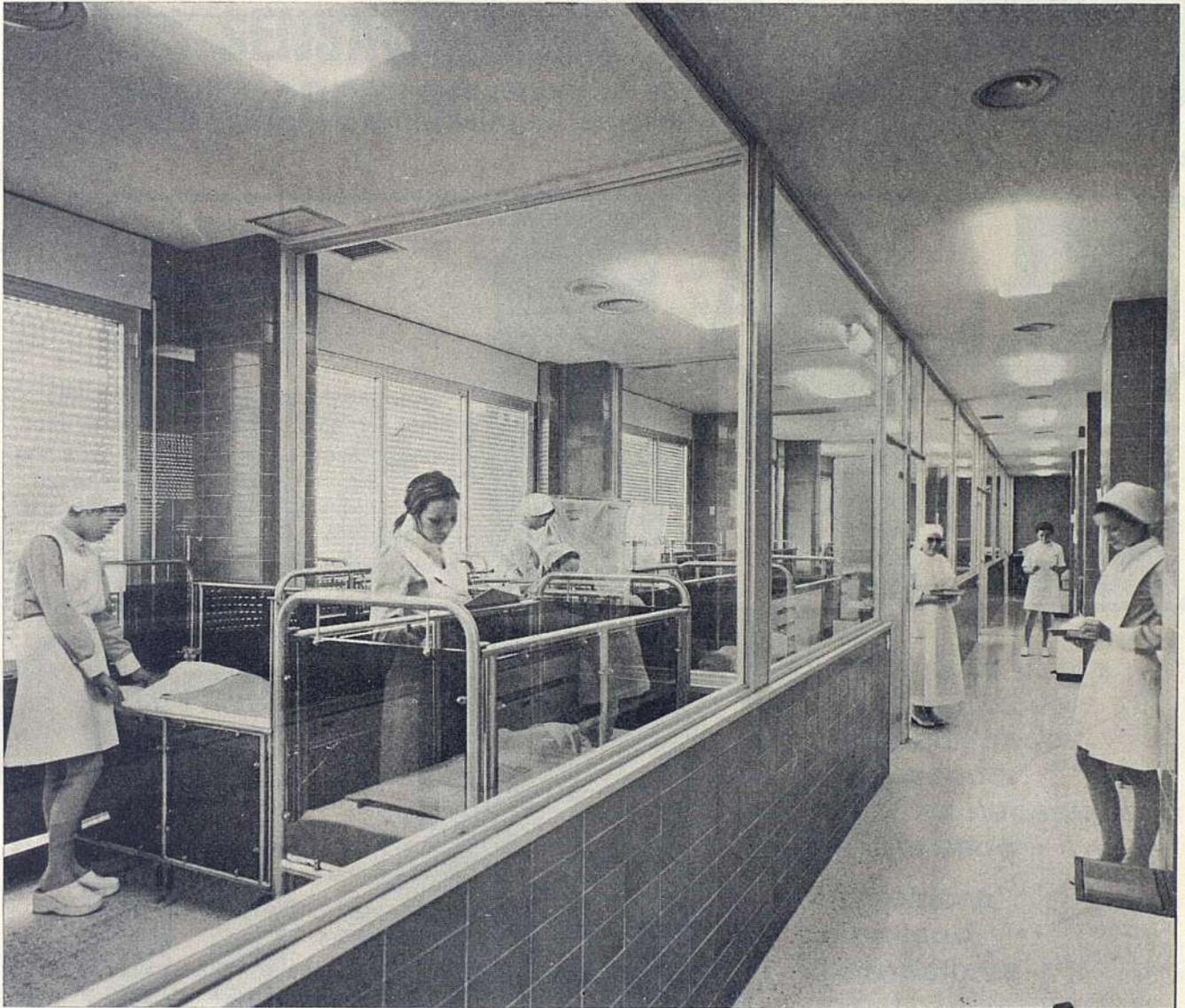


**Los mejores
equipos
para:**

- TELEFONIA INTERIOR
- INTERCOMUNICACION
- RADIOTELEFONOS
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- TELEVISION EN CIRCUITO CERRADO
- ALARMAS
- PORTERO ELECTRONICO
- VIDEO PORTERO
- EQUIPOS ELECTRONICOS PARA NAUTICA
- PLACAS SOLARES
- EQUIPOS ESPECIALES PARA CENTROS MEDICOS HOSPITALES Y CLINICAS

**PIHERNZ
FERMAX**

Avda. José Antonio, 423
Tels. 223 72 00 - 224 05 97 - Barcelona 15

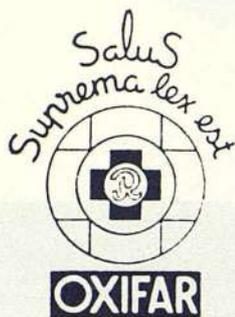


SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani (Salvador MANI DEXENS)

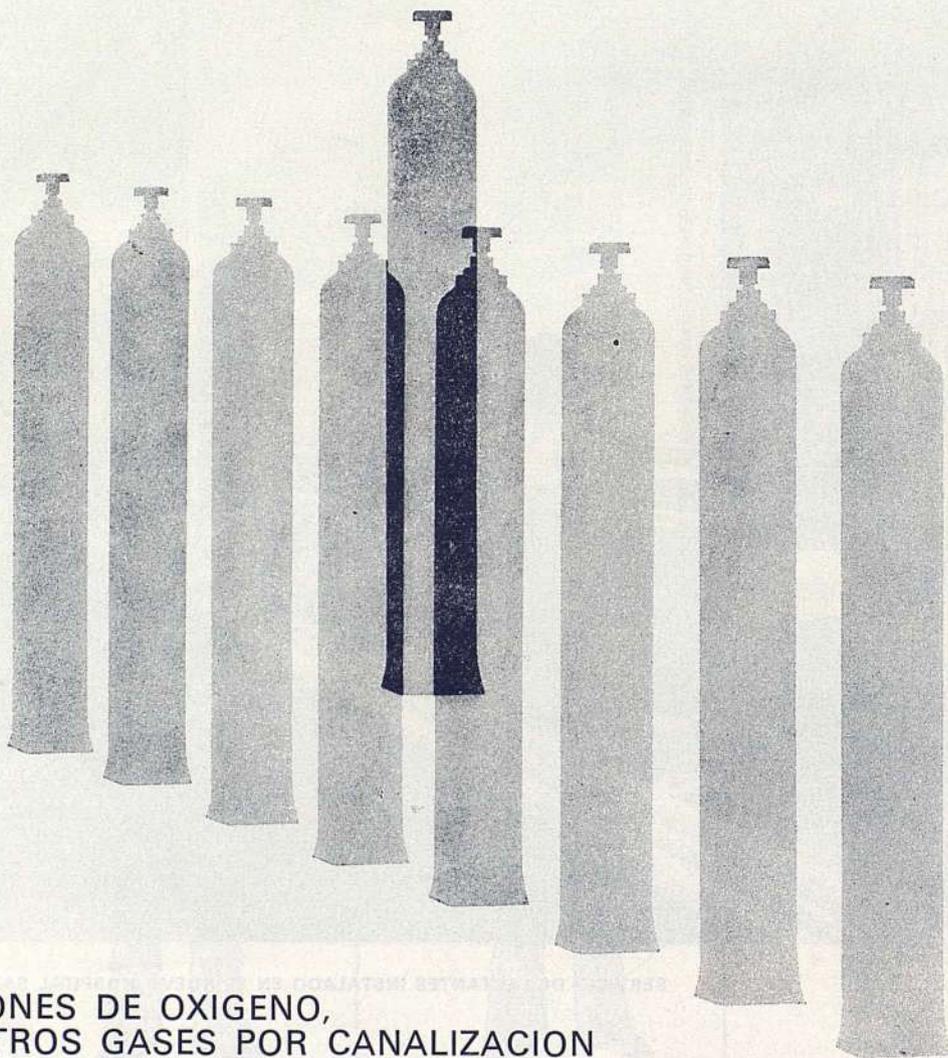
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia
en el campo de la oxigenoterapia
garantizan nuestras instalaciones y equipos



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

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

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

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

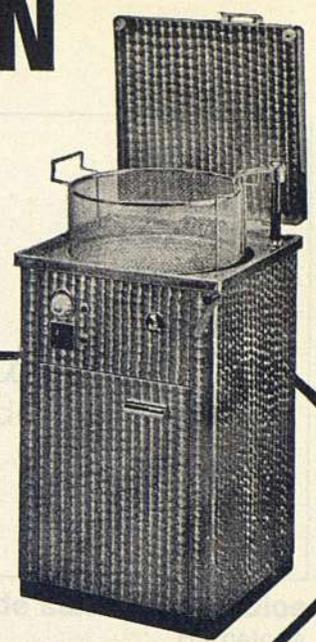
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

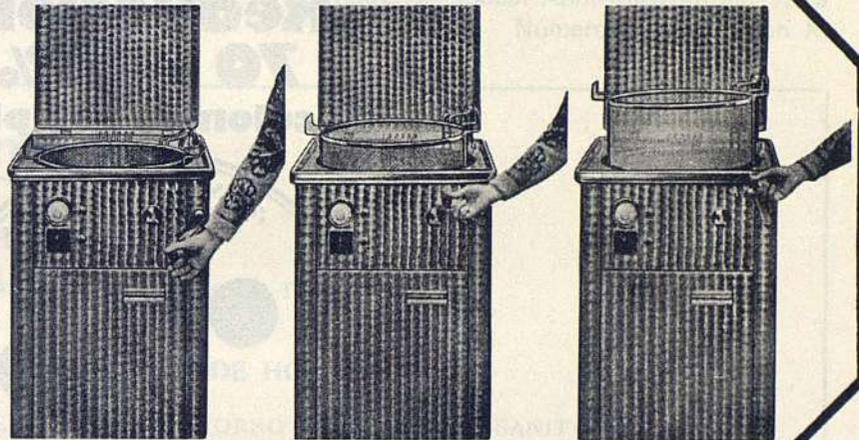
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

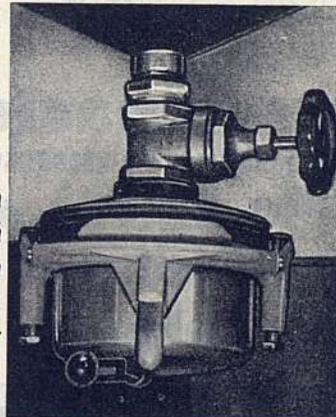
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

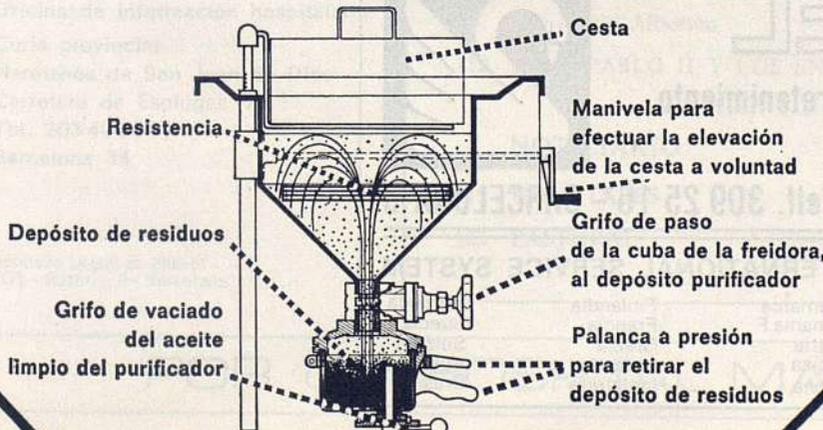
Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.



*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-20



SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

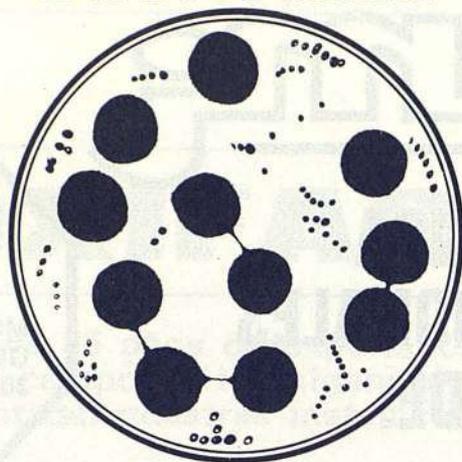
Domicilio

Población.....

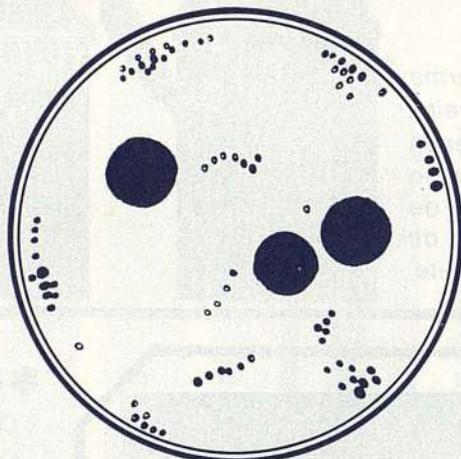
Provincia.....



Nivel de Contaminación bacteriana



**Reducción
70 a 95%
de colonias por placa**



**Decontaminación
obtenida mediante nuestro
servicio diario de
Limpieza
hospitalaria**

SAEL

S. A. de Entretenimiento
y Limpieza.



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



INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM

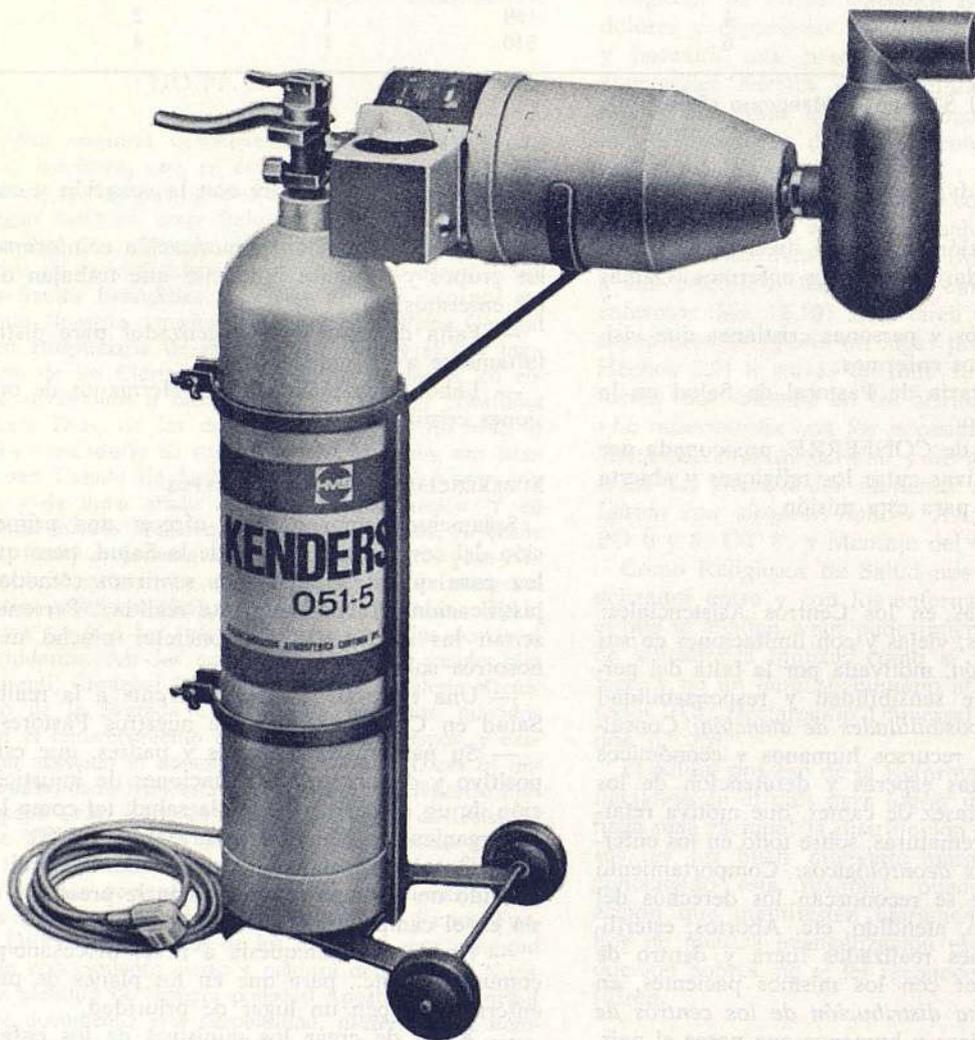
Dinamarca
Alemania F
Austria
Bélgica
España

Finlandia
Francia
Grecia
Holanda
Inglaterra

Noruega
Suecia
Suiza
Australia
Brasil



**INFECCION HOSPITALARIA
Y
DESINFECCION**



**KENDERSOL®
MALATRA®**

HMSiberica, s.a.

HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 12

Palex®: Servicio



Estamos cerca de Usted, en diez Delegaciones, con más de cien Colaboradores, dedicados exclusivamente a la atención de las necesidades del Sector Hospitalario.

Día a día le ofrecemos toda la capacidad de la Organización Palex, porque entendemos que nuestra eficacia contribuye a una mejor Asistencia Sanitaria.

La Organización Palex es así fiel a su máximo objetivo: **el Servicio a la Salud Pública.**



PALEX

estamos cerca
de usted

Productos Médico-Quirúrgicos, S. A.

Barcelona - Bilbao - Granada - La Coruña
Madrid - Santa Cruz de Tenerife - Sevilla
Valencia - Valladolid - Zaragoza

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

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

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en piezas 100×1

- Modelos cortados en: 10×10, 20×20, 25×25, 33×33, 50×50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20×20, 20×25, 20×40, 33×33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25×25, 40×40, 50×50, 40×60, 100×25, etc.

**PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA**

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en:

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

Venta de artículos para Medicina,
Cirugía, Higiene y Laboratorio.
Mobiliario clínico.
Construcción de prótesis - Fajas
Corsés - Bragueros.

*Proveedores
de los Hospitales de la Santa Cruz y Clínico.*

J. JUAN SELLAS

S. A.

ANTIGUA CASA CABRÉ

FUNDADA EN 1897

Puertaferriosa, 6 - interior
Teléfonos (93) 302 43 80 / 318 01 84
BARCELONA 2

A. EJARQUE

Representaciones médicas

Oficina y Exposición:
Lepanto, 328, bajos
Tel. 236 82 66
BARCELONA 13

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

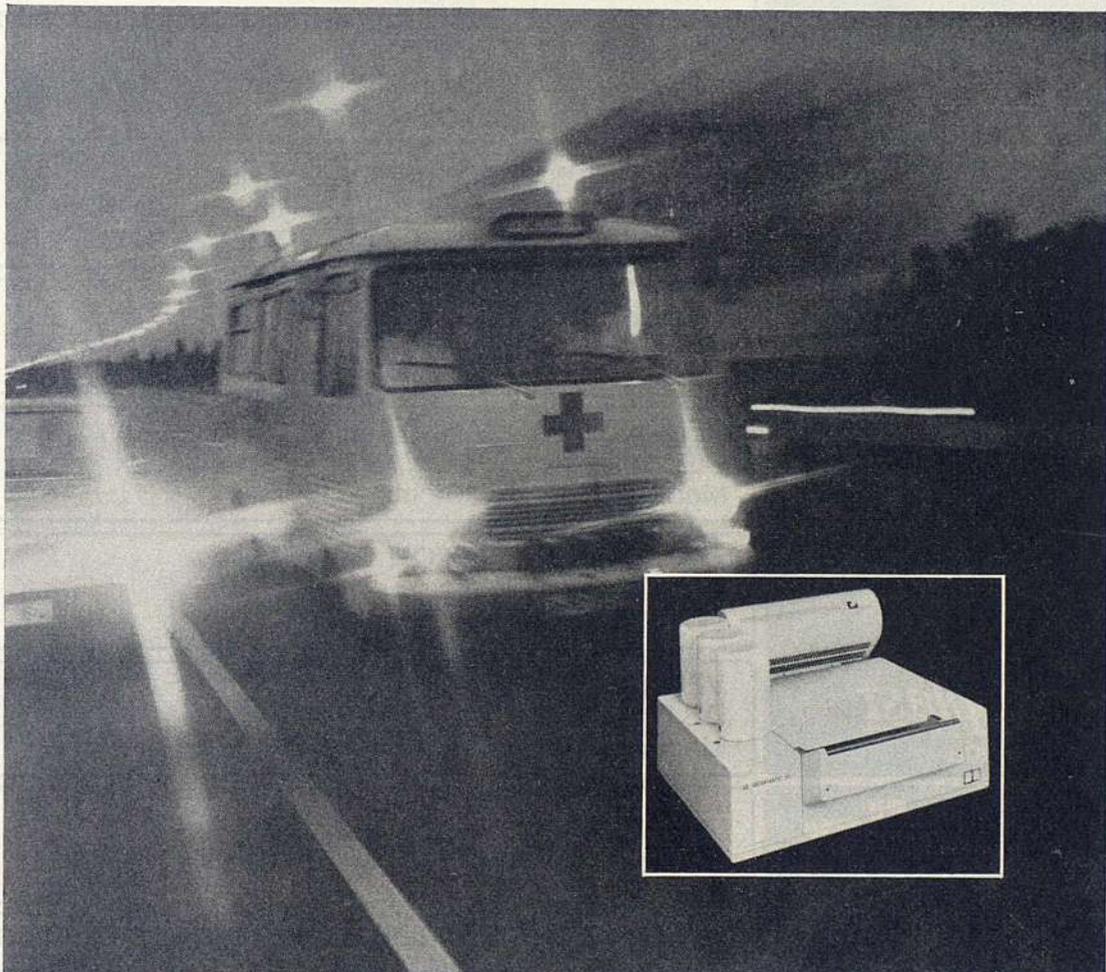
Dispuesta en 3 minutos, tanto de día como de noche: Máquina para el revelado, Gevomatic 60

Cada minuto es precioso cuando, de noche, un grave accidente nos es anunciado. Las actuales máquinas de revelar radiográficas, generalmente no están en servicio y algunas veces es necesaria una media hora, antes de que estén disponibles. El aparato Gevomatic 60, es entonces la solución ideal: 3 minutos ... y está lista para su empleo.

Pero, hay otros casos en los que igualmente el aparato Gevomatic 60 puede ser puesto a contribución. En una clínica por ejemplo, como segundo aparato, a parte de la centralización, así como también en casa de los radiólogos que quieren disponer del tratamiento automático pero con una capacidad limitada. Gevomatic 60: el más pequeño

modelo de sobre-mesa, enteramente automático. Para la radiografía, la cirugía, la pediatría. Poco costoso en su adquisición. Poco coste de mantenimiento

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





SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61

Teléfono 250 79 25 - BARCELONA

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Crepe S.N.

VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA
100% algodón - Color crudo
Medidas: 5 cms. x 4 m. / 7 x 4 / 10 x 4 / 10 x 10

Gypsona®

VENDA DE YESO
UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA
Medidas: 5/10/15 / 20 cms. x 2,70 m. y medidas esp.

**NYLEX®
Tubinylex®**

VENDA DE PAPEL CREPADO
O
VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE PARA APLICAR
ANTES DEL ENYESADO

Op-Site

LAMINA QUIRURGICA ESTERIL, ADHESIVA,
ELASTICA, TRANSPIRABLE Y AMOLDABLE
Med. útiles: 14 x 10 cm., 15/30/45 x 28/45 x 56/56 x 84

**Ortopedic
padding**

VENDAJE PROTECTOR ALMOHADILLADO
PARA SU COLOCACION ANTES DEL ENYESADO
Medidas: 5/7,5/10/15 / 20 cms. x 3 m.

PLASTAZOTE®

MATERIAL TERMOPLASTICO
MOLDEABLE SOBRE EL CUERPO HUMANO
Grososres láminas: 0,32 cms. / 0,63 / 1,25 / 1,90 / 2,54

Stuca

VENDA DE YESO
Medidas: 5/10/15 / 20 cms. x 3 m. y medidas esp.

Tensocrepe

VENDA ELASTICA, POROSA, NO ADHESIVA
Color carne
Medidas: 5/7,5 / 10 cms. x 4,5 m.

**Tensoplast
skin traction**

EQUIPO DE TRACCION CONTINUA
Modelo para adultos
Modelo para niños

**Tensoplast
venda elástica**

VENDA ELASTICA, ADHESIVA, POROSA
DE ELASTICIDAD LONGITUDINAL
Medidas: 5/7,5 / 10 cms. x 2,70 m.

**Traumaflex
faja**

FAJA TORACICA ELASTICA
Medidas: Pequeña - Mediana - Grande - Extra

Zopla

MATERIALES PROTECTORES ALMOHADILLADOS
FIELTROS DE LANA, ESPUMA DE LATEX, ALGODON
Y FOAM, PARA USOS TRAUMATOLOGICOS



construcciones

Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

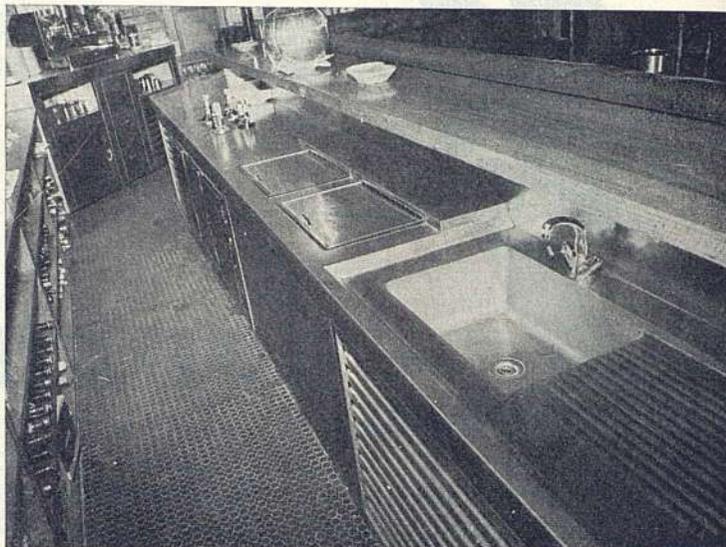
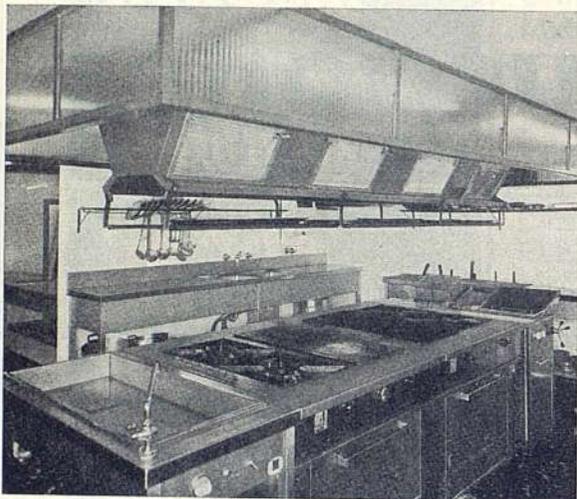
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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

CECSA

COMPAÑIA DE ELECTRONICA Y COMUNICACIONES, S. A.

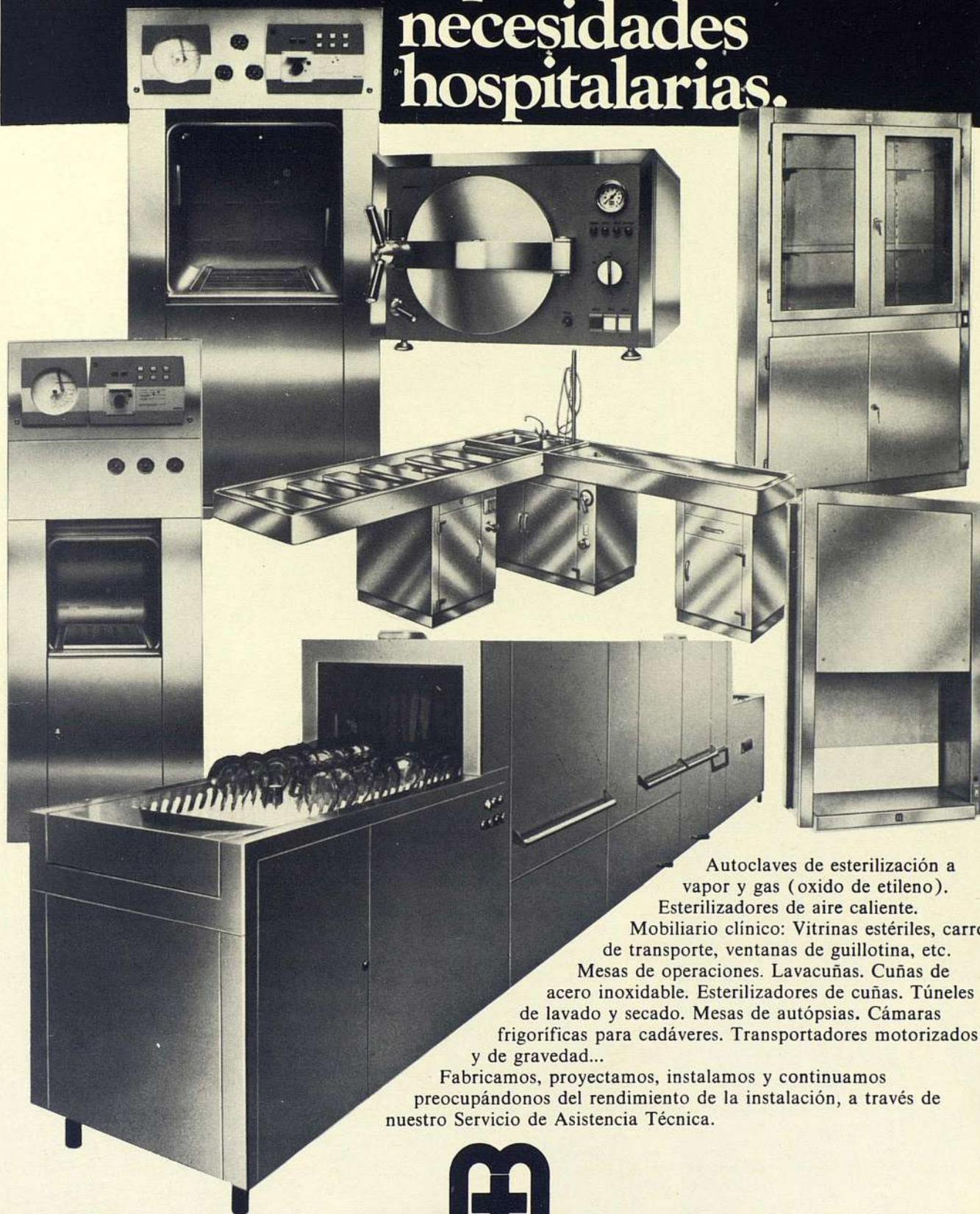
EMERSON

KOLSTER

Roberto Bassas, 34
Tel.: 259.07 00*

Telex 54536
BARCELONA-28

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.



Autoclaves de esterilización a vapor y gas (óxido de etileno).

Esterilizadores de aire caliente.

Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc.

Mesas de operaciones. Lavacañas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autopsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

Fabricamos, proyectamos, instalamos y continuamos preocupándonos del rendimiento de la instalación, a través de nuestro Servicio de Asistencia Técnica.

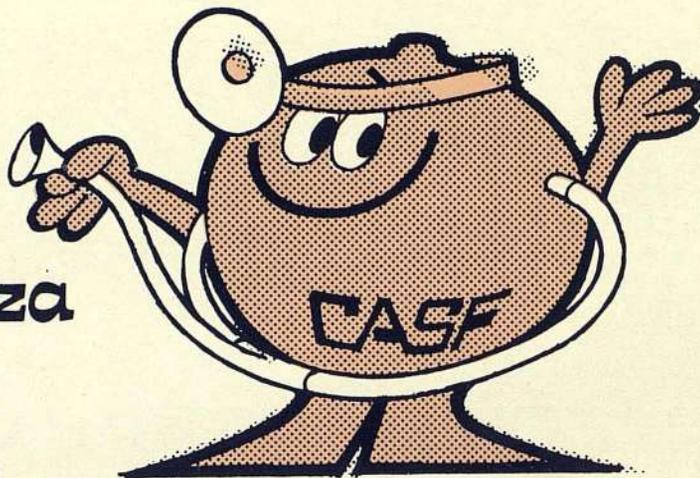


ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitales

Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA" l'estalvi



Central: Rivadeneyra, 6 (Pl. Cataluña) Telf. *301 12 08

y también, para estar
más cerca de usted, oficinas en:

BARCELONA

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
Pº Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón, 64-66
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Provenza
Pº Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Les 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 (Besós)
Plaza del Diamante, 7 (Gracia)
Avda. Madrid, 92 (Sants - Les Corts)
Violante de Hungría, 100-102 (Sants)
Avda. José Antonio, 1102-1106 / Bach de Roda
Formentera, s/n / Tissó (Prosperitat)
Diputación, 79 / Viladomat, 141
Doctor Letamendi, 54 / Hedilla, 64 (Horta)
Valencia, 545-547 / Dos de Mayo
Nápoles, 118-120 / Caspe

SAÑ ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA
Avda. Alfonso XIII, 267 / San Lucas
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII

PREMIA DE MAR
Avda. 27 de Enero, 132 / General Mola

HOSPITALET DE LLOBREGAT
Maladeta, 10 (Pubilla Casas)
Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

CORNELLA
Avda. del Parque / c. Buenvecino, 2

SAN FELIU DE LLOBREGAT
Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT
Coronel Sanfeliu, 79-81 / Lérida, 6-8

VILADECANS
Angel Arañó, 32 / P. Artigas

MASNOU
Navarra / Antonio Maura

ALELLA
Avda. Generalísimo, 2-4