

ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES

LABOR
HOSPITALARIA
PIE
LABOR

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 32. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1980
Número 178. Volumen XII

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 Eseverri

Teología y Pastoral
Pascual Piles

Etica Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores

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

199 EUTANASIA

ORGANIZACION DE HOSPITALES

200 DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL

I. SOCIOLOGÍA DEL HOSPITAL

Por José Antonio Moreno

206 LA ATENCION DEL ENFERMO MENTAL

Por Luis Enrique Rivero

208 LA EUTANASIA, HOY

Por el cardenal Franjo Seper

JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

212 LA MEDICINA EJERCE UN PAPEL DE PRIMER ORDEN
EN LA CONFIGURACION DEL ROSTRO
DE LA SOCIEDAD ACTUAL

PASTORAL HOSPITALARIA

215 FORMACION DE LOS AGENTES DE PASTORAL SANITARIA

1. FORMACIÓN ESPIRITUAL. Por Javier Osés

2. DIMENSIÓN DOCTRINAL DE LA FORMACIÓN. Por Francisco Alvarez

5. DIMENSIÓN PASTORAL DE LA FORMACIÓN. Por José L. Redrado

224 RELIGIOSOS DE LA SALUD

EN EL PRESENTE Y EN EL FUTURO DE AMERICA LATINA

I. TIEMPOS DE UNA GRACIA ESPECIAL

Por Angel Perulán

228 LOS HOSPITALES CATOLICOS EN LA ESPAÑA ACTUAL

Por Rafael Plaza

NOTICIARIO

232 HOSPITALES

233 PASTORAL

236 INDICE GENERAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

EUTANASIA

«Seducidos, cuando no traicionados, por el poder que el progreso tecnológico ha puesto en sus manos, los médicos han contribuido notablemente a que la pregunta sobre el qué de la muerte se desplazara al terreno del cómo y dónde voy a morir. La idea de que la muerte sobrevenga estando intubado, rodeado de máquinas en un hospital y alejado del calor humano de los familiares y amigos, llega a provocar una terrible angustia por lo inhumano de tal vivir mientras se está muriendo. Además la soledad y el abandono en que viven no pocos ancianos despiertan dudas sobre la ventaja de añadir años a la vida si al mismo tiempo no se puede añadir vida a los años. La tentación de la eutanasia aparece como posibilidad de humanizar la muerte a quienes temen que se les prolongue innecesariamente la agonía y a quienes viven angustiados por una ancianidad prolongada, vacía de significado, sea por deterioro personal, sea por falta de humanidad en la sociedad».

Con estas palabras el Dr. Francisco Abel encabezaba un comentario elogioso al Documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia, fechada el 5 de mayo y firmada por el Cardenal Seper, Prefecto de dicha Congregación romana y el Arzobispo Hamer, Secretario. LABOR HOSPITALARIA quiere explicitar su satisfacción por este documento y unirse en su positiva valoración a los comentarios que en este sentido se han hecho.

Después de una introducción en la que se expone el contexto que hace conveniente tal Declaración, se afirma, en una primera parte, el valor de la vida humana y su inviolabilidad para dar paso, en una segunda parte, a la doctrina tradicional de la Iglesia sobre la eutanasia

con una terminología más asequible que la de anteriores documentos. La tercera y cuarta parte constituyen, a nuestro modo de ver, las más logradas. La actitud del cristiano ante el sufrimiento y la del médico que ha de debatirse entre el dilema de ser un simple aliado de la vida biológica o la de actuar creando en su interior de hombre aquel espacio de comprensión, no técnica, que le permita comprender y aceptar que se encuentra ante una vida que es humana, es decir una historia que para llegar a su plenitud ha de ser consumada más allá de toda pervivencia, quedan resaltadas en la tercera parte del documento y en el uso proporcionado de los medios terapéuticos en la cuarta parte.

LABOR HOSPITALARIA quiere hacer resaltar la acertada formulación del significado del dolor en la vida del cristiano como participación en la Pasión de Cristo y unión con el sacrificio redentor que El ha ofrecido en obediencia la voluntad del Padre. Esta enseñanza sólo puede comprenderse dentro del contexto de la fe en Dios. Sólo así la muerte puede llegar a percibirse como aurora de Dios y de la vida eterna. Sin esta perspectiva ni la muerte ni el dolor pueden tener sentido ni abocar a otra posición que la del existencialismo nihilista o la del desespero. Triste salida también para quienes no atreviéndose a afrontar este momento adoptan la huida de la «tristeza trágica» refugiándose en falsos paraísos creados por las drogas.

Si la materia propuesta en el documento de la Sagrada Congregación concierne a todos los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia, y sobre todo a la muerte del cristiano, se expresa la confianza de que recogerá el consenso de todos los hombres de buena voluntad que, por encima de diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos de la persona humana.

Organización de hospitales

DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL

I

SOCIOLOGIA DEL HOSPITAL

Para comprender los problemas dinámicos y la situación socioprofesional de cualquier sector del hospital es necesario contemplarlo desde la doble vertiente, cultural y técnica.

El *planteamiento cultural* lo vamos a contemplar desde dos ángulos o puntos de vista: los *criterios de valor* de los distintos grupos que tienen su propia identidad en el hospital, y el *conjunto de relaciones* entre los mismos.

Debemos, por lo dicho, plantearnos de forma previa la real existencia de un conjunto de grupos socioprofesionales en el hospital, con criterios de valor bastante diferentes, cosa muy importante a considerar, sobre todo hoy.

En la Junta de Gobierno, o cualquier otra denominación que reciba el Organismo de Gestión Colegiado del Hospital, aparecen diferentes criterios de valor entre las distintas personas que forman parte de la misma. Especial cuidado habrá que poner en conseguir que ninguno de sus miembros pueda hacer uso de su posición en beneficio propio o de estructuras y grupos ajenos al hospital. Para el grupo en su conjunto, el hospital será sobre todo un instrumento de prestigio

frente a la ciudad; los políticos podrán exhibirlo como propaganda electoral y los profesionales en defensa de su grupo socioprofesional. Los proyectos que pretendan mejorar la imagen pública del hospital, serán siempre bien recibidos por este Organismo de Gestión Colegiado, sin preocuparse demasiado por las auténticas necesidades sanitarias de la población.

Para la Seguridad Social que deba financiar los costos de sostenimiento del hospital, éste será medido por número índices y coeficientes de eficiencia, que intentarán valorar al hospital con criterios de rentabilidad económica y social. Los criterios que puedan exhibirse en defensa de la salud de una población podrán ser válidos, pero a la hora de la verdad, aquéllos prevalecerán sobre éstos.

En el seno de la profesión médica los criterios de valor pueden ser muy diferentes. Para los médicos no hospitalarios, el hospital debería de asegurar la continuidad de sus contactos con los enfermos, en lugar de cerrarse a cualquier participación de los mismos en los cuidados médicos de sus pacientes.

Dentro del mundo hospitalario existen grupos de médicos con diferentes criterios de valor. En general los

médicos de hospital consideran que la organización a la que sirven les *debe* unos privilegios alcanzados a través de duras pruebas de selección, y consideran que los problemas del hospital deben de resolverse sin lesionar estos derechos, antes que en función de conseguir una mejor y más económica asistencia a los pacientes.

Pero incluso dentro del cuerpo médico de los hospitales, nos encontramos con criterios de valor muy diferentes según cuál sea la dedicación de los médicos, tanto en cantidad como en calidad. En los hospitales, la docencia siempre deberá de estar presente, pero el equilibrio entre docencia y asistencia es muy distinto según que se trate o no de hospitales con programas de formación para postgraduados y/o pregraduados.

Los médicos con dedicación exclusiva al hospital adoptarán, ante sus problemas, actitud muy diferente a los que tengan dedicación plena o parcial, con actividades fuera del hospital quizás más importantes. Los hospitales de beneficencia, fueron considerados por algunos médicos como instrumentos de prestigio ciudadano y como medios de conseguir una formación, y de realizar programas costosos de docencia y de investigación que sin el hospital no hubiesen podido ni soñar. Hoy este criterio de valor persiste en algunos médicos de nuestros hospitales.

Todavía queda por considerar un criterio de valor, muy particular, de los médicos del hospital. Es difícil observar que engloben al hospital en su conjunto, en sus demandas y planteamientos. Lo normal es que para el pediatra, el hospital sea el servicio de pediatría y para el cirujano el de cirugía. Esto que parece que ha de ser normalmente aceptado, introduce distorsiones y dificultades en los criterios de valor cuando los médicos intervienen desde su *territorio* en la toma de decisiones sobre el hospital en su conjunto.

Los aspectos docentes y de investigación, son difíciles de comprender por el personal no médico del hospital, y muchas veces más que aceptarlos por necesarios, los permiten como un mal necesario.

Para los mandos no médicos del hospital, éste, por encima del aspecto sanitario, es una organización con diferente densidad de poder en su estructura que les permite autorrealizaciones profesionales y vocacionales, difíciles de conseguir en otras organizaciones. Por ello será preferente conseguir mejorar la estructura y la organización, que alcanzar objetivos asistenciales en cantidad y calidad adecuados.

Los religiosos y religiosas del hospital, verán de forma preminente que el hospital es el lugar en el que el hombre se enfrenta con el dolor y la muerte y, a través de ellos con Dios, y querrán influir con este criterio de valor en la toma de decisiones.

Las profesiones paramédicas como la enfermería y los trabajadores sociales, que van todavía en busca de su identidad en nuestro país, tratan de reivindicar derechos profesionales a través del poder social del hospital. Esta actitud condicionará a veces decisiones sobre

estructura y organización, y sobre asistencia integrada de los pacientes.

Para terminar, los criterios de valor del director del hospital y su equipo, ¿son los que realmente corresponden a la misión y finalidad del hospital? Son frecuentes las afirmaciones de *mi hospital, mi personal*, pero está claro que no siempre ocurre que los objetivos generales del hospital sean los mismos que los del director y su equipo. Resulta fácil comprobar que los objetivos que el director del hospital marca para éste, no siempre coinciden con los que la población del área de influencia desea y reclama. La transferencia o transposición de objetivos personales del director del hospital, a objetivos hospitalarios es muy frecuente.

Muchos directores de hospital que realizan una gestión realmente eficaz, actúan así, solamente tras el logro de objetivos personales. Los proyectos de mejora y desarrollo de *su hospital*, muchas veces son para el gerente un procedimiento de *matar dos pájaros de un tiro*.

El proyecto mejorará su prestigio y le situará en condiciones profesionales y económicas de mayor importancia. Quizás no deba decirse que los gerentes ponen al hospital a contribución de su desarrollo profesional y personal pero es un criterio de valor que a veces entra en juego en la dinámica del hospital.

Otro criterio de valor es el llamado *interés de la casa*. Parece que por encima de los intereses de las personas y los grupos hay un consenso general en cuanto a esta prioridad. Pero ¿este *interés de la casa* es siempre el interés de los enfermos? Se intenta hacer compatibles ambos intereses, en general, pero en caso de discrepancia ¿cuál prevalece?, ¿se intenta, quizás, alargar las estancias en ciertos períodos del año, o fines de semana, o *puentes* aduciendo el *interés de la casa* a costa de frustrar *el interés del paciente*, que está deseando pasar ese fin de semana, ese puente, con su familia?

Para estudiar las *relaciones entre los distintos grupos en el hospital*, es necesario hacer previamente un análisis del poder que incide en esta estructura. Partimos de la idea de que en el hospital inciden dos clases o tipos de poder: *el poder político* y *el poder técnico*. A su vez, el *poder político* resulta de la integración de tres poderes distintos:

— El poder de la Entidad Rectora del Hospital, ya sea esta la Seguridad Social, una Corporación Provincial, un Patronato, etc., representa el poder formal o legal.

— El poder ejercido por el personal que trabaja en el hospital a través de sus estructuras representativas y que tanto se está haciendo notar en los últimos tiempos con sus paros y sus huelgas; este poder ha puesto claramente de manifiesto la diferencia que existe entre que el jefe dé una orden y que sea capaz de hacerla cumplir.

— El poder reciente y cada vez mayor de la población que recibe o espera recibir la asistencia del hospital concreto de que se trate; hasta hoy, a la hora de definir la misión y finalidad de los hospitales eran las entidades propietarias las que lo hacían sin ingerencias de ningún tipo a través de las estructuras, órganos y personas adecuadas. Esto ha hecho que hospitales que fueron aprobados por la autoridad en sus proyectos como hospitales generales, permanezcan durante años sin pediatría, obstetricia y ginecología, a pesar de las necesidades perentorias de la población del área de influencia, porque sus propietarios tienen como tales y en función del grupo que constituyen (ajeno a la sanidad) otras prioridades. Pero ya empiezan a expresar su fuerza y a ejercer su poder algunas organizaciones sociales del tipo de las Asociaciones de Vecinos, consiguiendo cambios estructurales y de política en los hospitales, que han debido de adaptarse a sus concretas necesidades asistenciales.

— El poder técnico es el que surge como consecuencia directa de cuidar al paciente, es decir, de elaborar un diagnóstico y prescribir una terapéutica. Se trata de un poder discrecional, arbitrario, carismático, que emana de la sola conciencia del médico y está desprovisto de todo tipo de control. Es el poder que durante años ha permitido que, al margen de la estructura hospitalaria y por encima de órganos y personas, el médico de hospital haya podido imponer su criterio por encima de las estructuras formales establecidas, e incluso a pesar de ellas.

Una vez hecho el análisis de la estructura de los poderes en el hospital, podemos abordar el tema de las relaciones entre los grupos.

LAS RELACIONES ENTRE LOS MEDICOS Y LA DIRECCION

Hasta época muy reciente las relaciones entre la administración y los médicos (poder político y poder técnico), eran las de ignorarse. Las decisiones a nivel de los órganos de gobierno del hospital, poca influencia tenían en la forma de hacer su trabajo por parte de los médicos. Los médicos de los hospitales no quisieron saber nada de la estructura de dirección del hospital y de sus problemas. «A mí no me hablen de dinero, yo soy médico», fue la excusa muchas veces utilizada. Además, este desinterés ha ido acompañado a veces de cierto matiz de desprecio. No merecía la pena preocuparse por estos problemas porque al final la última palabra la tiene el médico en la cabecera del paciente, quizás más que en razón de su competencia, en razón de la incompetencia de la dirección en materia médica. Los médicos adoptaban probablemente esta actitud porque para ellos el hospital sólo significaba unas horas

de su jornada de trabajo, una parte, y quizás no la más importante de su actividad profesional.

La situación ha cambiado. La dedicación plena de los médicos, e incluso la reciente dedicación exclusiva, ha aumentado el interés de los médicos por los problemas del hospital en su conjunto, y les va a llevar a la participación activa en todo tipo de problemas de su organización y vida diaria. Por otro lado, paralelamente con esta evolución, se ha producido la complicación técnica de los procesos médicos que hace que el médico abandone su posición de dar órdenes terapéuticas muy complejas, para participar en su ejecución y su control, adentrándose en el mundo de las otras estructuras hospitalarias y en el tema de los costos. Esta mayor participación del médico en los problemas de decisión no se limitará a los problemas de cada día sino que le llevará a plantearse problemas y proyectos a largo plazo, es decir, los problemas de política sanitaria.

En una primera etapa fue su participación como *staff* a través de los dictámenes de la Junta Facultativa. Después la exigencia de que estos dictámenes fueran más o menos vinculantes. Hoy la insistencia en su participación en los órganos de gobierno del hospital. En algunos hospitales del país se produjeron auténticos asaltos al poder (golpes de estado) con creación de estructuras (Cotimés Directivos Médicos) que en su constitución tenían origen representativo y en su función pretendían ser ejecutivos (y de ahí su fracaso).

Al mismo tiempo, y en torno a los años 60, ha surgido un nuevo tipo de director de hospital más profesionalizado, con modernos conceptos de management, y más a la altura profesional de los médicos. Esta nueva generación de directores de hospital, culturalmente se sienten al nivel de los médicos, muchos de ellos lo son. La gestión que preconizan es, no solamente más eficiente, sino más abierta a otras disciplinas. Está claro que dirigir hoy un hospital, no consiste solamente en proporcionar los recursos humanos y materiales a la organización, sino orientarla y conducirla hacia sus objetivos. Para dirigir no bastan solamente algunos conocimientos jurídicos, alguna experiencia, mucho de intuición y un poco de suerte. Cada vez juegan más el papel de las aptitudes y conocimientos nuevos sobre dinámica de grupos y conducción de hombres, de técnicas de gestión financiera y de toma de decisiones, etcétera.

En el momento actual, y aun a pesar de esta evolución, los problemas de relación del médico con la administración y dirección, persisten. El médico lleva al hospital su condición de profesional liberal, es decir, de hombre perteneciente a un grupo especialmente estructurado y que tiene sus propias normas y valores, lo que hace que el médico en el hospital no acepte los sistemas de control de sus actividades más que en situaciones extremas. En el hospital el médico sigue comportándose como profesional liberal, a pesar de que ni el paciente le ha escogido y de que además de

haberse perdido esta *libertad* tampoco se da la libertad de honorarios profesionales.

Otro factor clave en estas relaciones es el elevado estatus social del médico, que le proporcionará un poder sobre el órgano de gobierno de máximo nivel del hospital por caminos ajenos a su propia estructura. Este estatus social le da acceso directo a las autoridades políticas y administrativas de las que depende el hospital, e interferirá las relaciones normales.

La extraordinaria y cada vez mayor especialización de los médicos, crea entre ellos relaciones de proveedores y clientes, sobre todo entre los servicios médicos directos, médicos y quirúrgicos y los servicios médicos indirectos, tales como laboratorios, radiodiagnóstico, etc.

Es necesario reconocer la existencia de estos grupos y sus criterios prioritarios para comprender las posibles coaliciones y conseguir dirigir el hospital en pos de sus objetivos, aceptando las dificultades, y conocidas, instrumentar medios adecuados para resolverlas, sin olvidar que el fin último es atender al paciente de la mejor manera posible para devolverle su salud lo mejor posible y de la forma más rápida posible.

LAS RELACIONES ENTRE ENFERMERAS, MEDICOS Y DIRECCION

El problema de la identidad de la enfermería, en los hospitales, no está plenamente resuelto todavía. Durante muchos años, las enfermeras han sido consideradas como meros ayudantes de los médicos. Han sido la prolongación de sus manos, sus ojos y oídos en las tareas terapéuticas y de vigilancia de los pacientes. La razón de ser principal de muchas enfermeras era función de la tarea del médico en su cotidiano trabajo de diagnosticar y tratar a los enfermos.

Esta servidumbre de la enfermera respecto del médico, se inicia ya en su período de formación, pues la dirección de las escuelas de enfermería y sus cuadros docentes, están en manos de los médicos, quienes es natural que den mayor relevancia a las tareas de ayuda y colaboración profesional, tratando de formar eficaces ayudantes mejor que auténticas profesionales independientes.

Las corrientes reivindicativas de las enfermeras van en la línea de alcanzar la autonomía profesional tanto a nivel de las escuelas de formación como en su identidad de profesionales independientes. Su situación en el hospital ganará identidad a medida que logren esta independencia. Como consecuencia de este intento de independencia, aparecen crisis de distinto signo en la enfermería hospitalaria. Unas veces, en demanda de independencia de la administración y dirección, surgen actitudes negativas respecto de la línea jerárquica y los trabajos administrativos; otras veces reclaman, las enfermeras, una absoluta independencia del médico, no sólo en cuanto al trabajo diario sino en cuanto a las

relaciones de poder, que se reflejan en solicitudes de modificación del organigrama hospitalario.

LA TECNOLOGIA Y LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

En el hospital se realizan un gran número de funciones que de alguna forma pueden agruparse en tres grupos: funciones técnicas (asistencia curativa, preventiva y rehabilitadora, docencia e investigación), funciones complementarias (sociales, religiosas, de enfermería, de relaciones públicas, de dietética, de archivo, etc.) y funciones generales (administrativas, financieras, económicas, de hostelería, de relaciones laborales, de mantenimiento y conservación, etc.). Además de esta gran diversidad de funciones, hay que tener en cuenta la especialización técnica y el alto grado de la tecnología médica, para poder comprender las estructuras del hospital.

ORGANIZACION TRADICIONAL EN SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS

Este tipo de organización surge como consecuencia de adaptar la estructura hospitalaria al modo de ejercicio liberal de la profesión médica; los servicios hospitalarios se corresponden exactamente con las especialidades y los especialistas médicos (medicina interna, cardiología, cirugía, traumatología, etc.).

Esta organización del hospital en servicios por especialidades médicas, tiene en la práctica grandes inconvenientes, incluso a pesar de los intentos de reagrupación en unidades y departamentos. En el aspecto funcional, los servicios tienden a ignorarse entre sí, cuando no a combatirse. El trabajo en equipo multidisciplinario resulta así muy difícil de desarrollar. Técnicamente surgen situaciones absurdas por causa de esta separación que conduce a instauración de auténticos reinos de taifas.

Desde el punto de vista del management las dificultades son todavía mayores. Tanto el personal médico como no médico de un servicio, tiene una doble dependencia. Jerárquicamente están vinculados a la línea, con estructuras más o menos distintas, en dependencia más o menos directa de la dirección del hospital. Funcionalmente en cambio, dependen todos del jefe del servicio y de la autoridad médica del mismo. No siempre se sabe hacer distinción entre estas dos dependencias, jerárquica y funcional, y los conflictos aparecen con frecuencia.

Esta estructura tiene además otros inconvenientes. Por un lado hace que el médico carezca de responsabilidad en las consecuencias económicas y administrativas que derivan de sus órdenes terapéuticas y de

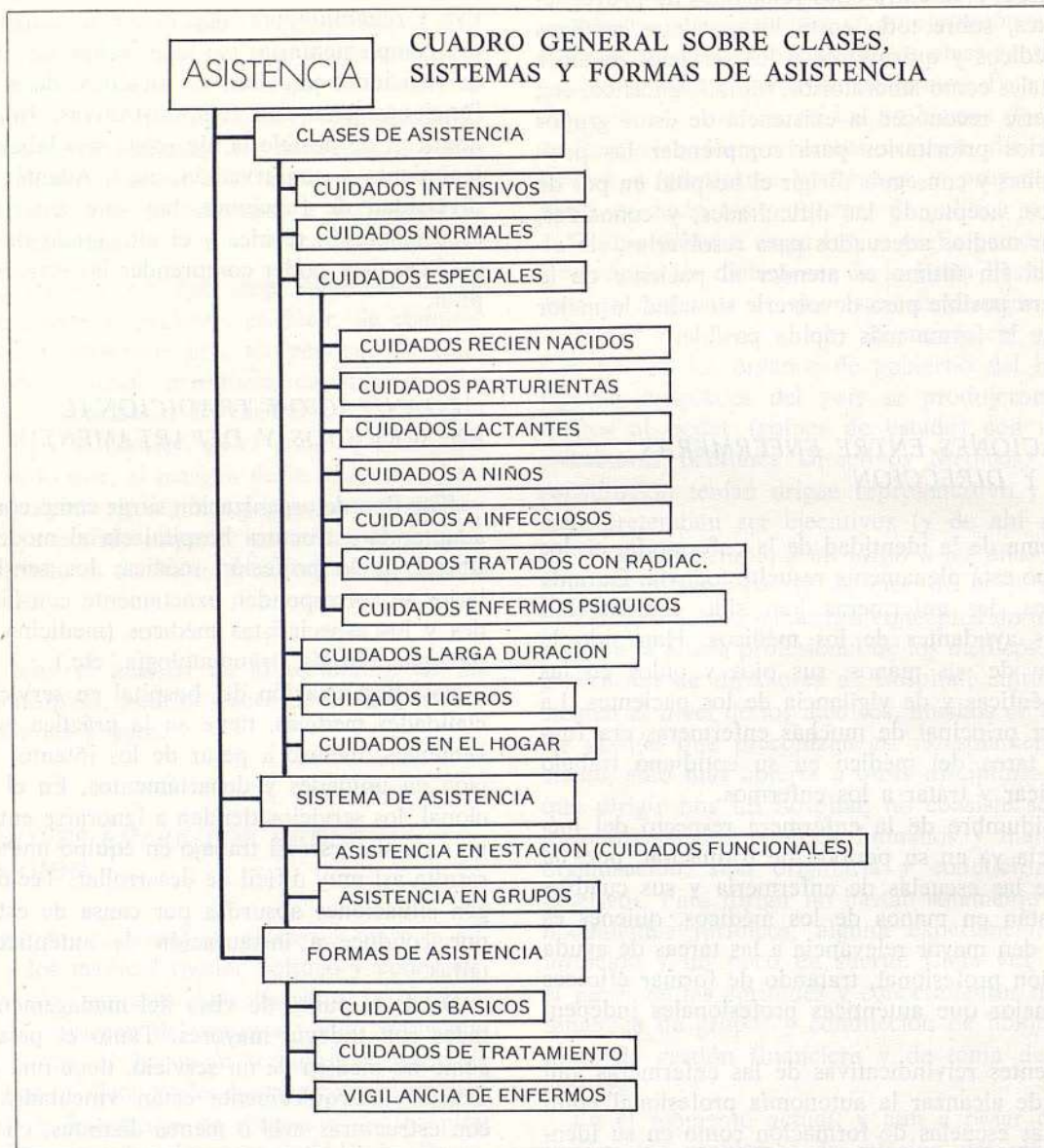
pautas diagnósticas, y en otro orden de cosas crea grupos de médicos con la misma especialización, en lugar de fomentar el trabajo multidisciplinario en equipo. Modificaciones en el diagnóstico o en la terapéutica, determinan el cambio de servicio del paciente, en lugar de que sean los equipos de médicos los que se acercan a su cabecera.

Con el propósito de hacer frente a estas dificultades, surge la agrupación de los servicios en departamentos

planteado organizaciones distintas tales como los llamados cuidados progresivos, los sistemas fisiológicos y la organización matriz.

ORGANIZACION EN CUIDADOS PROGRESIVOS

Esta organización ha sido desarrollada y puesta en práctica por Mac Pherson Community Health Center,



y unidades. Los departamentos se crean en función de la tecnología y las unidades en función de los aparatos y sistemas. Surgen así los departamentos de medicina, cirugía, materno-infantil y servicios centrales; y las unidades del sistema nervioso, de neurología, nefrourológicas, cardiológicas, etc.

Más recientemente, y después de ensayos en direcciones distintas, utilizando criterios tecnológicos, se han

en EE.UU. Se establecen seis tipos de unidades de cuidados:

— *Cuidados intensivos*, para enfermos graves, que no pueden expresar sus necesidades, cuyo estado requiere cuidados inmediatos, permanentes e intensivos.

— *Cuidados de larga duración*, para pacientes que durante mucho tiempo van a necesitar atenciones mé-

dicas y de enfermería con programas de reeducación funcional probablemente.

— *Cuidados intermedios*, para enfermos que precisan cuidados moderados de médicos y enfermeras y no de forma permanente. La gama es muy amplia en cuanto al proceso evolutivo de la enfermedad. Los pacientes pueden demandar los cuidados que precisan, aunque no pueden valerse totalmente por sí mismos.

— *Cuidados mínimos*, para pacientes psíquica y físicamente independientes, que pueden valerse por sí mismos, desplazarse y acudir a comedores y cafeterías.

— *Cuidados domiciliarios*, para pacientes que habiendo sido hospitalizados pueden regresar a sus domicilios aunque siguen precisando de algunos cuidados médicos y de enfermería.

— *Cuidados ambulatorios*, para pacientes que desde el punto de vista de la tecnología, precisan de los recursos que posee el hospital, pero no precisan una hospitalización.

Es probable que fuera necesaria la creación de unidades de cuidados especiales, tales como neonatología, pediátricas, infecciosas, de agudos de psiquiatría, etc.

ORGANIZACION EN SISTEMAS FISIOLÓGICOS

Se trata de centrar el criterio en los sistemas fisiológicos tales como:

— *Sistema neurosensorial* (neurología, psiquiatría, neurocirugía, oftalmología y otorrinolaringología).

— *Sistema locomotor* (traumatología, reumatología, rehabilitación).

— *Sistema materno-infantil* (obstetricia, pediatría, ciencias del comportamiento [conducta], etc.).

— *Sistema cardio-pulmonar* (cardiología clínica y pediátrica, cirugía cardíaca, cirugía vascular, cirugía pulmonar).

— *Sistema urogenital* (urología, nefrología, andrología).

— *Sistema digestológico* (gastroenterología, cirugía de digestivo).

Información concreta sobre esta organización, podemos encontrarla en el Temple University Hospital. Esta organización permite una agrupación de los médicos en equipos de trabajo más racionales, que haría posible la práctica de una medicina más integrada en la persona enferma, en lugar de centrada en la enfermedad como tal. La persona ocuparía más fácilmente el centro del problema sanitario, en lugar de hacerlo, como ahora ocurre, la enfermedad. Además, los aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores, quedarían más fácilmente integrados entre sí, y con la docencia y la investigación de la salud.

Esta organización, ha hecho posible que en el Temple University Hospital se hayan integrado la Escuela de Medicina, la de Farmacia, la de la Salud y el Hospital Universitario, constituyéndose un auténtico centro de las ciencias de la salud con una nueva concepción del problema.

ORGANIZACION MATRIZ

Teniendo en cuenta criterios tecnológicos, Roger Pruvost, llama organización matriz a un sistema según el cual las camas de los hospitales no se distribuyen en servicios o departamentos sino que están a disposición del servicio de admisión, que es quien las administra de forma centralizada. Los equipos médicos acuden a la cabecera de los pacientes que los precisan, allá donde se encuentren. En el hospital no se habla de *mi servicio* ni de *mis camas*. Las camas son del servicio de admisión, los pacientes son atendidos por equipos multiprofesionales.

JOSE ANTONIO MORENO

LA ATENCION DEL ENFERMO MENTAL

UN PROGRAMA DE CONSULTA EXTERNA

El institucionalismo utilizado habitualmente como un concepto psiquiátrico y sociológico, o si se prefiere, en una aceptación «sociátrica», es una denotación aplicable a enfermos mentales internados en hospitales psiquiátricos, en particular, y a los miembros de grupos sociales más o menos marginados, donde existe una convivencia cerrada y se dan unas condiciones de segregación y desafrentización psicosociales, en general.

Se podría extender la denominación a determinados ambientes cotidianos que imponen a sus miembros unas normas de adaptación y funcionamiento que caen dentro de lo que se entiende clásicamente como «alienación».

El institucionalismo psiquiátrico puede intentarse conceptualizar como un conjunto de procesos que surgen en el individuo a partir de un tiempo determinado de permanencia en una institución hospitalaria psiquiátrica, con el *status* y rol del paciente que afecta al individuo en su totalidad con una cierta independencia del trastorno biológico de base —real o supuesto, postulado o demostrado—, provocado por unos módulos de reacción comunes y probablemente inespecíficos en relación con aquél y en dependencia de unos factores individuales y colectivos, estructurales y funcionales, expresados a través de ciertas distorsiones en la conducta tanto del enfermo como del personal asistencial, cualquiera que sea su cualificación profesional.

Al centrar la problemática institucional en el campo psiquiátrico, es preciso hacer unas consideraciones previas distinguiendo al menos dos aspectos:

— En primer lugar la historia misma de la Psiquiatría como una ciencia de la marginación y ciencia marginada.

— En segundo lugar el diferenciar la evolución conceptual de institucionalismo de la propia historia de la asistencia médica en general, y psiquiátrica en particular.

Así pues, la asistencia psiquiátrica se ve a menudo situada en el ámbito exclusivo institucional hospitalario y se desarrollan planes y programas para la atención del enfermo en sus necesidades, pretendiendo en últimas fechas el desarrollo de programas con enfoque interdisciplinario. Este enfoque de la creación de la comunidad terapéutica.

Mientras más nos alejamos en tiempo de las ideas originales de Maxwell Jones, más se extienden los límites de la comunidad terapéutica e incluso aparecen términos aparentemente sinónimos como: terapéutica del medio, terapéutica de relación, terapéutica social, terapéutica administrativa. Algunos de estos términos tienen otras aceptaciones sin ninguna relación con la original de comunidad terapéutica.

Más recientemente encontramos que se comienza a considerar la comunidad terapéutica como el reverso del hospital psiquiátrico tradicional, donde la función que se desempeña por el paciente es estar enfermo y donde se cree que la rígida estructura autoritaria del hospital fomenta o produce dependencia, institucionalización y de hecho muchos de los síntomas del paciente.

Existen múltiples opiniones críticas sobre la comunidad terapéutica y sus posibilidades. Mencionaré brevemente algunas de ellas:

— Las características individuales de los pacientes, sus distintas enfermedades, las condiciones personales del equipo de terapeutas y, finalmente, las condiciones físicas de la institución, pueden dar lugar a que se seleccionen los pacientes y se forme un nuevo grupo de pacientes discriminados, rechazados porque su sintomatología los descalifica para el medio permisivo de esta forma de tratamiento.

— Se da prioridad a los tratamientos psicoterapéuticos integrando a los mismos pacientes que no son tributarios a ellos.

— La comunidad terapéutica enfatiza demasiado la atención *amorosa* al paciente, ya que dedica mucho esfuerzo a controlarlo y no a prepararlo para su situación fuera del hospital.

— La *participación de todos*, en especial del personal *lego*, crea problemas dentro del equipo terapéutico en la distribución del *status* y funciones en el mismo, la posición asumida por los *legos* puede llegar a la yatrogenia.

— No siempre se logra integrar un equipo adecuado para funcionar con los requisitos mínimos y ello da lugar a la participación de individuos no capacitados para estas funciones.

— No existen informes sobre la rehabilitación real de los egresados de instituciones con comunidad terapéutica y los de otras instituciones.

— Muy a menudo la dirección de la institución hace destacar el éxito de esta modalidad más que el tratamiento, ya que valora sólo los resultados a corto plazo, sin tomar en cuenta reingresos e ingresos de otro tipo de institución.

— No siempre se tiene la claridad en que el objetivo de la comunidad terapéutica es preparar al paciente para su funcionamiento fuera de la misma, y que el hecho de que el paciente se desenvuelva bien en el ambiente creado no significa que pueda hacerlo fuera de éste.

Atendiendo a las necesidades que el paciente presenta a su salida, después de un período de estancia hospitalaria, y bien que en éste se haya llevado una atención de enfoque interdisciplinario o mediante un programa de comunidad terapéutica, creemos necesario se lleve a cabo la integración de un servicio de consulta externa de tipo institucional y con un enfoque multidisciplinario, tratando de conservar la atención psiquiátrica bajo este enfoque y evitar o subsanar, en su caso, las deficiencias que el sistema, al hablar de comunidad terapéutica, pueda tener, evaluando realmente los resultados a largo plazo del sistema antes mencionado, si hay reingresos a corto o a largo plazo, evaluar el grado de rehabilitación que se ha logrado en la comunidad y fomentarla, permitiéndole al individuo desenvolverse en una forma aceptable.

La creación de un servicio de consulta externa con un enfoque multidisciplinario es una inquietud que a través de los años, los tres últimos, principalmente, nos ha hecho ver su formación como una necesidad.

Nuestro servicio de consulta externa en un principio se concretaba a la atención en solicitud de servicios de pacientes que egresaban del hospital con un orden de control a largo plazo de tipo más psicofarmacológico, atendiendo necesidades más apremiantes para evitar una nueva hospitalización; se hacía caso omiso de un manejo integrado del enfermo, y en especial se proyectaba la atención de el psicótico; se carecía de recursos tanto humanos como económicos para llevar a cabo una labor diferente; se presentaban solicitudes en nuestro servicio de atención de enfermos ambulatorios que no requerían hospitalización, pero que se llevaba a cabo su internamiento como consecuencia de una imposibilidad de manejo externo por la falta de recursos humanos, y una atención multidisciplinaria.

Se llegaban a atender hasta 15 consultas o más en sólo tres horas de atención, saturándose el servicio ante la imposibilidad de una verdadera atención psiquiátrica, sin llevar a cabo una buena evaluación e integración del caso.

No ha sido sino hasta hace poco en que se decide una reestructuración del servicio, integrándolo con un

manejo también interdisciplinario en donde se elabora todo un programa que proporciona atención y servicio a cuantas personas lo soliciten.

Como primer punto, se integra a los médicos residentes (R2) dentro de este programa, quienes llevan a cabo su entrenamiento como psiquiatras en la Escuela de Postgrado de la Universidad Autónoma de Guadalajara con una doble finalidad: el entrenamiento mismo dentro de su preparación como residentes, y ya no sólo atendiendo al enfermo psiquiátrico hospitalizado en el que encontraremos marcadas diferencias con el que acude a un servicio de consulta externa. Este se encarga en un principio de la atención del enfermo que denominamos nivel 1, que lo constituyen psicóticos crónicos en control ambulatorio, pacientes con trastornos psicofisiológicos, pacientes con trastornos situacionales transitorios, reacciones de ansiedad y, en general, haciendo las veces de lo que en otros servicios se da la denominación de pre-consulta. Esto permite que el adscrito, en consulta externa, pueda realmente proporcionar atención con mayor calidad, más tiempo y una programación en el manejo y tratamiento, sin llegar a sentir la presión que representa una agenda de citas de 15 enfermos para ser atendidos en tres horas.

Como segundo punto, se integra también dos trabajadoras sociales, las cuales llevan a cabo las primeras investigaciones en cuanto a necesidades y recursos para la atención del enfermo que nos solicita servicios y se establece un amplio programa de actividades en el área de trabajo social.

Como tercer punto, se viene a integrar el departamento de Psicología, con el cual se completa el equipo de salud mental, elaborándose un amplio programa con resultados de importante consideración a sólo un mes de su integración a nuestro servicio de consulta externa.

Desde el punto de vista función-psiquiatra en este equipo interdisciplinario, el psiquiatra se viene a encargar de tratamiento, y canalización de enfermos a los diferentes servicios, integrándose a todos los proyectos que requieran de su intervención.

Dentro de los proyectos, en lo que a atención médica psiquiátrica se refiere, estamos llevando a cabo la utilización en los psicóticos crónicos de medicamentos de acción prolongada, ya que, como en todos los servicios, encontramos una resistencia del psicótico crónico a tomar durante un tiempo largo medicamentos.

Consideramos que este sistema de trabajo da oportunidad de que el enfermo que ha egresado de nuestra institución tenga una atención psiquiátrica continuada similar a la que se llevó a cabo en su estancia hospitalaria, ya que la experiencia nos indica que el equipo facilita un mejor control y supervisión del paciente fuera del hospital.

Consideramos que este tipo de programas no es algo nuevo en lo que a la atención del enfermo psiquiátrico

(Termina en la página siguiente)

LA EUTANASIA, HOY

INTRODUCCION

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecu­ménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como «homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado» (*Gaudium et spes*, 27).

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que recientemente ha recordado la doctrina católica acerca del aborto procurado¹, juzga oportuno proponer ahora la enseñanza de la Iglesia sobre el problema de la eutanasia.

En efecto, aunque continúen siendo siempre válidos los principios enunciados en este terreno por los últimos

¹ *Declaración sobre el aborto procurado*, 18 de noviembre de 1974 (AAS 66, 1974, págs. 730-747).

(Viene de la página anterior)

se refiere, pues conocemos la existencia de diversos programas similares bajo diferente denominación y en su mayoría todos ellos dependiendo de instituciones de servicio avaladas por el sector oficial, en donde se cuenta con apoyo económico y una gran variedad de recursos; haciendo, pues la aclaración que en este tipo de programas que estamos iniciando tenemos que llevar a cabo la motivación y despertar el interés tanto a pacientes como a familiares y dar todas las facilidades del orden económico, situación que pudiera ocasionarnos limitaciones.

Mas, sin embargo, la respuesta entusiasta que se ha dejado ver en cada uno de los miembros de este servicio, y el gran apoyo y cooperación del personal administrativo y directivo de nuestro hospital nos da la energía y subsana las deficiencias que por el momento tiene nuestro programa, para llegar a nuestra meta y objetivo final en una verdadera atención integrada y con un enfoque multidisciplinario en la atención del enfermo psiquiátrico ambulatorio.

LUIS ENRIQUE RIVERO

Pontífices², los progresos de la medicina han hecho aparecer, en los recientes años, nuevos aspectos del problema de la eutanasia que deben ser precisados ulteriormente en su contenido ético.

En la sociedad actual, en la que no raramente son cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de la cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces ponen problemas de carácter moral. Por ello los hombres que viven en tal ambiente se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consiguientemente si tienen el derecho de procurarse a sí mismos o a sus semejantes la «muerte dulce», que serviría para abreviar el dolor y sería, según ellos, más conforme con la dignidad humana.

Diversas Conferencias Episcopales han preguntado al respecto a esta Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, la cual, tras haber pedido el parecer de personas expertas acerca de los varios aspectos de la eutanasia, quiere responder con esta Declaración a las peticiones de los obispos, para ayudarles a orientar rectamente a los fieles y ofrecerles elementos de reflexión que puedan presentar a las autoridades civiles a propósito de este gravísimo problema.

La materia propuesta en este documento concierne ante todo a los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida, muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia y sobre todo a la muerte del cristiano, según las palabras de San Pablo: «pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos,

² Pío XII, *Discurso a los congresistas de la Unión Internacional de las Ligas Femeninas Católicas*, 11 de septiembre de 1947 (AAS 39, 1947, pág. 483); *Alocución a la Unión Católica Italiana de las Comadronas*, 29 de octubre de 1951 (AAS 43, 1951, págs. 835-854); *Discurso a los miembros de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar*, 19 de octubre de 1953 (AAS 45, 1953, págs. 744-754); *Discurso a los participantes en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 146); cf. *Alocución sobre la «Reanimación»*, 24 de noviembre de 1957 (AAS 49, 1957, págs. 1027-1033). Pablo VI, *Discurso a los miembros del Comité Especial de las Naciones Unidas para la cuestión del «Apartheid»*, 22 de mayo de 1974 (AAS 66, 1974, pág. 346). Juan Pablo II, *Alocución a los obispos de Estados Unidos de América*, 5 de octubre de 1979 (AAS 71, 1979, pág. 1225).

LA EUTANASIA, HOY

INTRODUCCION

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecu­ménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como «homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado» (*Gaudium et spes*, 27).

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, que recientemente ha recordado la doctrina católica acerca del aborto procurado¹, juzga oportuno proponer ahora la enseñanza de la Iglesia sobre el problema de la eutanasia.

En efecto, aunque continúen siendo siempre válidos los principios enunciados en este terreno por los últimos

¹ *Declaración sobre el aborto procurado*, 18 de noviembre de 1974 (AAS 66, 1974, págs. 730-747).

(Viene de la página anterior)

se refiere, pues conocemos la existencia de diversos programas similares bajo diferente denominación y en su mayoría todos ellos dependiendo de instituciones de servicio avaladas por el sector oficial, en donde se cuenta con apoyo económico y una gran variedad de recursos; haciendo, pues la aclaración que en este tipo de programas que estamos iniciando tenemos que llevar a cabo la motivación y despertar el interés tanto a pacientes como a familiares y dar todas las facilidades del orden económico, situación que pudiera ocasionarnos limitaciones.

Mas, sin embargo, la respuesta entusiasta que se ha dejado ver en cada uno de los miembros de este servicio, y el gran apoyo y cooperación del personal administrativo y directivo de nuestro hospital nos da la energía y subsana las deficiencias que por el momento tiene nuestro programa, para llegar a nuestra meta y objetivo final en una verdadera atención integrada y con un enfoque multidisciplinario en la atención del enfermo psiquiátrico ambulatorio.

LUIS ENRIQUE RIVERO

Pontífices², los progresos de la medicina han hecho aparecer, en los recientes años, nuevos aspectos del problema de la eutanasia que deben ser precisados ulteriormente en su contenido ético.

En la sociedad actual, en la que no raramente son cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de la cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces ponen problemas de carácter moral. Por ello los hombres que viven en tal ambiente se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consiguientemente si tienen el derecho de procurarse a sí mismos o a sus semejantes la «muerte dulce», que serviría para abreviar el dolor y sería, según ellos, más conforme con la dignidad humana.

Diversas Conferencias Episcopales han preguntado al respecto a esta Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, la cual, tras haber pedido el parecer de personas expertas acerca de los varios aspectos de la eutanasia, quiere responder con esta Declaración a las peticiones de los obispos, para ayudarles a orientar rectamente a los fieles y ofrecerles elementos de reflexión que puedan presentar a las autoridades civiles a propósito de este gravísimo problema.

La materia propuesta en este documento concierne ante todo a los que ponen su fe y esperanza en Cristo, el cual mediante su vida, muerte y resurrección ha dado un nuevo significado a la existencia y sobre todo a la muerte del cristiano, según las palabras de San Pablo: «pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos,

² Pío XII, *Discurso a los congresistas de la Unión Internacional de las Ligas Femeninas Católicas*, 11 de septiembre de 1947 (AAS 39, 1947, pág. 483); *Alocución a la Unión Católica Italiana de las Comadronas*, 29 de octubre de 1951 (AAS 43, 1951, págs. 835-854); *Discurso a los miembros de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar*, 19 de octubre de 1953 (AAS 45, 1953, págs. 744-754); *Discurso a los participantes en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 146); cf. *Alocución sobre la «Reanimación»*, 24 de noviembre de 1957 (AAS 49, 1957, págs. 1027-1033). Pablo VI, *Discurso a los miembros del Comité Especial de las Naciones Unidas para la cuestión del «Apartheid»*, 22 de mayo de 1974 (AAS 66, 1974, pág. 346). Juan Pablo II, *Alocución a los obispos de Estados Unidos de América*, 5 de octubre de 1979 (AAS 71, 1979, pág. 1225).

morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, sea que muramos, del Señor somos» (Rom 14, 8; Flp 1, 20).

Por lo que se refiere a quienes profesan otras religiones, muchos admitirán, como nosotros, que la fe —si la conviden— en un Dios creador, Providente y Señor de la vida, confiere un valor eminente a toda persona humana y garantiza su respeto.

Confiamos, sin embargo, en que esta Declaración recogerá el consenso de tantos hombres de buena voluntad, los cuales, por encima de diferencias filosóficas o ideológicas, tienen una viva conciencia de los derechos de la persona humana. Tales derechos, por lo demás, han sido proclamados frecuentemente en el curso de los últimos años en declaraciones de Congresos Internacionales³; y tratándose de derechos fundamentales de cada persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos sacados del pluralismo político o de la libertad religiosa para negarles valor universal.

VALOR DE LA VIDA HUMANA

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan las siguientes consecuencias:

1. Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor de Dios hacia él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, sin cometer, por ello, un crimen de extrema gravedad⁴.

2. Todo hombre tiene el deber de conformar su vida con el designio de Dios. Esta le ha sido encomendada como un bien que debe dar sus frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra su plena perfección solamente en la vida eterna.

3. La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. Además, el suicidio es a menudo un rechazo del amor hacia sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes

³ Recuérdese en particular la recomendación 779 (1976), referente a los derechos de los enfermos y de los moribundos, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su XXVII sesión ordinaria. Cf. Sipeca, núm. 1, marzo de 1977, págs. 14-15.

⁴ Se dejan completamente de lado las cuestiones de la pena de muerte y de la guerra, que exigirían consideraciones específicas, ajenas al tema de esta Declaración.

de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera, aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad.

Se deberá, sin embargo, distinguir bien del suicidio aquel sacrificio con el que, por una causa superior —como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio a los hermanos— se ofrece o se pone en peligro la propia vida.

LA EUTANASIA

Para tratar de manera adecuada el problema de la eutanasia, conviene ante todo precisar el vocabulario.

Etimológicamente la palabra *eutanasia* significaba en la antigüedad una *muerte dulce* sin sufrimientos atroces. Hoy nos referimos tanto al significado original del término, cuanto más bien a la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso con el riesgo de suprimir prematuramente la vida. Además el término es usado, en sentido más estricto, con el significado de «causar la muerte por piedad», con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad.

Es pues necesario decir claramente en qué sentido se toma el término en este documento.

Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados.

Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad.

Podría también verificarse que el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, induzcan a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de ese género la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia —aunque fuera incluso de buena fe— no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisibles. Las

súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.

EL CRISTIANO ANTE EL SUFRIMIENTO Y EL USO DE LOS ANALGESICOS

La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas, al final de sufrimientos insoportables. No debe pensarse únicamente en los casos extremos. Numerosos testimonios concordantes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud. Por lo cual una enfermedad prolongada, una ancianidad avanzada, una situación de soledad y de abandono, pueden determinar tales condiciones psicológicas que faciliten la aceptación de la muerte.

Sin embargo se debe reconocer que la muerte precedida o acompañada a menudo de sufrimientos atroces y prolongados es un acontecimiento que naturalmente angustia el corazón del hombre.

El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana; a nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable; pero puesto que atañe a la vida psicológica del hombre, a menudo supera su utilidad biológica y por ello puede asumir una dimensión tal que suscite el deseo de eliminarlo a cualquier precio.

Sin embargo, según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que El ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillarse si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado (cf. *Mt* 27, 34). No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrarles según los consejos del médico.

Pero el uso intensivo de analgésicos no está exento

de dificultades, ya que el fenómeno de acostumbrarse a ellos obliga generalmente a aumentar la dosis para mantener su eficacia. Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: «¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos ... está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?». El Papa respondió: «Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Sí»⁵. En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable: simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que «no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo»⁶.

EL USO PROPORCIONADO DE LOS MEDIOS TERAPEUTICOS

Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho algunos hablan de «derecho a morir», expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiere, sino el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, el uso de los medios terapéuticos puede plantear a veces algunos problemas.

En muchos casos, la complejidad de las situaciones puede ser tal que haga surgir dudas sobre el modo de aplicar los principios de la moral. Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas calificadas para hablar en su nombre o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso.

Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles.

⁵ Pío XII, *Discurso*, del 24 de febrero de 1957 (AAS 49, 1957, pág. 147).

⁶ *Ib.*, pág. 145; cf. *Alocución*, del 9 de septiembre de 1958 (AAS 50, 1958, pág. 694).

¿Pero se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles?

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios «extraordinarios». Hoy en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios «proporcionados» y «desproporcionados». En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

Para facilitar la aplicación de estos principios generales se pueden añadir las siguientes puntualizaciones:

— A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.

— Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

— Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia

tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

CONCLUSION

Las normas contenidas en la presente Declaración están inspiradas por un profundo deseo de servir al hombre según el designio del Creador. Si por una parte la vida es un don de Dios, por otra la muerte es ineludible; es necesario, por lo tanto, que nosotros, sin prevenir en modo alguno la hora de la muerte, sepamos aceptarla con plena conciencia de nuestra responsabilidad y con toda dignidad. Es verdad, en efecto, que la muerte pone fin a nuestra existencia terrenal, pero, al mismo tiempo, abre el camino a la vida inmortal. Por eso, todos los hombres deben prepararse para este acontecimiento a la luz de los valores humanos, y los cristianos más aún a la luz de su fe.

Los que se dedican al cuidado de la salud pública no omitan nada, a fin de poner al servicio de los enfermos y moribundos toda su competencia; y acuérdense también de prestarles el consuelo todavía más necesario de una inmensa bondad y de una caridad ardiente. Tal servicio prestado a los hombres es también un servicio prestado al mismo Señor, que ha dicho: «...Cuántas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40).

El Sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de una audiencia concedida al infrascripto cardenal Prefecto, ha aprobado esta Declaración, decidida en reunión ordinaria de esta Sagrada Congregación, y ha ordenado su publicación.

Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980.

Cardenal FRANJO SEPER
Prefecto

Fr. JÉRÔME HAMER, O. P.
arzobispo titular de Lorium
Secretario

Juan Pablo II y los enfermos

LA MEDICINA EJERCE UN PAPEL DE PRIMER ORDEN EN LA CONFIGURACION DEL ROSTRO DE LA SOCIEDAD ACTUAL

EL PAPA Y LOS MEDICOS

Con inmensa satisfacción os doy la bienvenida, ilustres representantes de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y de la Sociedad Italiana de Cirugía General que, con motivo de la celebración de los respectivos congresos nacionales, habéis tenido la delicadeza de visitarme. Considero, en efecto, vuestra presencia particularmente significativa, no sólo por la cualificada actividad médico-científica a la que se dedica cada uno de vosotros, sino también por el implícito y, sin embargo, claro testimonio que dicha actividad expresa en favor de los valores morales y humanos. ¿Qué os ha inducido, en efecto, a solicitar esta audiencia si no es la conciencia vigilante y atenta a las razones más elevadas del vivir y del obrar, razones que sabéis forman parte de la preocupación diaria del sucesor de Pedro?

A todos vosotros, pues, con el testimonio de mi gratitud, el saludo más deferente y cordial, con un pensamiento especial de gratitud a los presidentes de vuestras dos sociedades, el profesor Alejandro Veretta Angussola y el profesor José Zannini. Deseo además saludar a los colaboradores, a los discípulos y a los familiares que

os han acompañado en esta ocasión, juntamente con el celoso y benemérito obispo monseñor Florencio Angelini.

PROMOCION GLOBAL DE LA SALUD

Os habéis congregado en Roma, ilustres señores, para discutir algunos aspectos particularmente actuales de las disciplinas de vuestra competencia. El arte médico ha realizado en estos años significativas conquistas, que han aumentado de forma notable sus posibilidades de intervención terapéutica. Esto ha favorecido una lenta modificación del concepto mismo de la medicina y ha extendido el papel de su primitiva función contra la enfermedad a aquel otro de promoción global de la salud del ser humano. Consecuencia de este nuevo planteamiento ha sido la progresiva evolución de la relación entre médico y enfermo hacia fórmulas organizadas cada vez más complejas, orientadas a conservar la salud del ciudadano desde el nacimiento a la vejez.

Defensa de la infancia y de la vejez, medicina escolar, medicina de fábrica, prevención de las enfermeda-

des profesionales y de los accidentes de trabajo, higiene mental, defensa de los minusválidos y de los toxicómanos, de los enfermos mentales, profilaxis de las enfermedades de la contaminación, control del territorio, etcétera, constituyen otros tantos capítulos de la forma actual de concebir el «servicio del hombre», al cual está llamado vuestro arte.

No hay motivo para no alegrarse de ello, ya que se puede decir perfectamente que, bajo este aspecto, el derecho del hombre sobre la vida jamás ha tenido reconocimiento más amplio. Es uno de los rasgos determinantes de la singular aceleración de la historia que caracteriza nuestra época. A causa de su extraordinario desarrollo, la medicina ejerce un papel de primer orden en la configuración del rostro de la sociedad actual.

FORMAS ENCUBIERTAS DE LA VIOLACION DE ESE DERECHO

Un examen sereno y atento de la situación actual en su totalidad debe, sin embargo, inducir a reconocer que, en efecto, no han desaparecido formas encubiertas de violación del derecho a vivir de forma digna, propio de todo ser humano. Más aún, bajo ciertos aspectos se podría decir que han surgido matices negativos, como he escrito en la encíclica «Redemptor hominis»: «Si nuestro tiempo... se nos revela a nosotros como tiempo de gran progreso, se presenta también como tiempo de amenaza múltiple para el hombre... Y por esta causa es necesario seguir atentamente todas las fases del progreso actual: es necesario, por así decirlo, hacer la radiografía de cada una de sus etapas.. En efecto, existe ya un peligro real y perceptible de que, mientras amplía enormemente el dominio por parte del hombre sobre el mundo de las cosas, pierda los hilos esenciales de este campo suyo y de que, bajo diversas formas, su humanidad sea sometida a aquel mundo, y él mismo se convierta en objeto de manipulación multiforme, si bien frecuentemente no perceptible de forma directa» (n. 16).

La verdad es que el desarrollo tecnológico, característico de nuestra época, padece una ambivalencia de fondo: mientras, por una parte, permite al hombre asumir su propio destino, lo expone, por otra, a la tentación de llegar más allá de los límites de un razonable dominio sobre la naturaleza, poniendo en peligro su misma supervivencia y la integridad de la persona humana.

Debe considerarse, para permanecer en el ámbito de la biología y de la medicina, la implícita peligrosidad, para el derecho del hombre a la vida, derivada de los mismos descubrimientos en el campo de la inseminación artificial, del control de los nacimientos y de la fertilidad, de la hibernación y de la «muerte retrasada», de la ingeniería genética, de los fármacos de la psique, de los trasplantes de órganos, etc. Ciertamente, el conocimiento científico tiene leyes propias a las que



Juan Pablo II próximo a los enfermos de San Baudilio, en una de las audiencias pontificias

debe someterse. Sin embargo, dicho conocimiento debe reconocer también, sobre todo en medicina, un límite infranqueable, en el respeto de la persona y en la defensa de su derecho a vivir de forma digna de un ser humano.

LA CIENCIA NO ES EL VALOR MAS ALTO

Si un nuevo método de investigación, por ejemplo, hiere o corre el riesgo de herir este derecho, no debe considerarse lícito sólo por el hecho de que aumenta nuestros conocimientos. La ciencia, en efecto, no es el valor más alto al que deben estar subordinados todos los demás. En un lugar más alto, dentro de la gradación de los valores, está justamente el derecho personal del individuo a la vida física y espiritual, a su integridad psíquica y funcional. La persona, en efecto, es medida y criterio de bondad o de culpa en toda manifestación humana. El progreso científico, por tanto, no puede pretender situarse en una especie de terreno neutro. La norma ética, fundada en el respeto a la dignidad de la persona, debe iluminar y educar tanto la fase de la investigación como la de la aplicación de los resultados obtenidos en la misma.

Desde hace algún tiempo surgen en vuestro campo voces alarmadas, que denuncian las consecuencias perniciosas resultantes de una medicina más preocupada de sí misma que del hombre, al que debería servir. Pienso, por ejemplo, en el campo farmacológico. Es indudable que en la base de los éxitos maravillosos de la terapia moderna están la riqueza y la eficacia de los fármacos que están a nuestra disposición. Es una realidad, sin embargo, que entre los capítulos de la patología de hoy se encuentra uno nuevo, que es el «iatrogénico». Cada vez son más frecuentes las manifestaciones morbosas imputables al empleo indiscriminado de fármacos: enfermedades de la piel, del sistema nervioso, del aparato digestivo, sobre todo enfermedades de la sangre. No se trata solamente de un uso incorrecto

de los fármacos y ni siquiera de un abuso de los mismos. Frecuentemente se trata de una intolerancia propia y verdadera del organismo.

El peligro no debe pasarse por alto, porque incluso la más minuciosa, consciente investigación farmacológica no excluye totalmente un riesgo potencial: el ejemplo trágico de la talidomida lo demuestra con evidencia. Hasta con la intención de ayudar, el médico puede, pues, lesionar involuntariamente el derecho del individuo sobre su propia vida. La investigación farmacológica y la aplicación terapéutica deben estar sumamente atentas, pues, a las normas éticas indispensables para la defensa de tal derecho.

LAS DEBIDAS CAUTELAS EN LA EXPERIMENTACION

El discurso nos ha llevado a tocar un tema hoy muy discutido, el de la experimentación. También aquí el reconocimiento de la dignidad de la persona y de la norma ética que deriva de ella, como valor superior en el que debe inspirarse la investigación científica, tiene consecuencias concretas a nivel deontológico. La experimentación farmacológica no clínica, no puede ser iniciada sin que se hayan tomado todas las precauciones para garantizar la inocuidad de la intervención. La fase preclínica de la investigación debe, por tanto, facilitar la más amplia documentación fármaco-toxicológica.

Es obvio, por otra parte, que el paciente debe estar informado de la experimentación, de su finalidad y de sus eventuales riesgos, de suerte que pueda dar o rechazar su propio consentimiento con plena conciencia y libertad. El médico, en efecto, tiene sobre el paciente solamente el poder y los derechos que el mismo paciente le confiere.

El consentimiento por parte del enfermo no es, además, sin límite alguno. Mejorar las propias condiciones de salud sigue siendo, salvo en casos particulares, la finalidad esencial de la colaboración por parte del enfermo. La experimentación, en efecto, se justifica, «in primis», por el interés del individuo, no por el interés de la colectividad. Sin embargo, esto no excluye que, salvada su propia integridad sustancial, el paciente pueda legítimamente asumir para sí una cierta parte de riesgo, para contribuir con su iniciativa al progreso de la medicina y, de esta forma, al bien de la comunidad. La ciencia médica se sitúa, en efecto, en la comunidad como fuerza de liberación de las enfermedades que asedian al hombre y de las fragilidades psicosomáticas que le humillan. Donar algo de sí mismo, dentro de los límites trazados por la norma moral, puede constituir un testimonio de caridad altamente meritorio y una ocasión de crecimiento espiritual tan significativo que puede compensar el riesgo de una eventual disminución física no sustancial.

RESPECTO AL ENFERMO

Las consideraciones efectuadas en el tema de la investigación farmacológica y de la terapia médica pueden extenderse a otros campos de la medicina. Con mayor frecuencia de lo que se cree, en el ámbito mismo de la asistencia al enfermo se puede lesionar su personal derecho a la integridad psicofísica ejerciendo, de hecho, la violencia: en el estudio diagnóstico, mediante procedimientos complejos y no raramente traumatizantes; en el tratamiento quirúrgico, que se atreve ya a efectuar las más atrevidas intervenciones de demolición y de reconstrucción; en el caso de los trasplantes de órganos, en la investigación médica aplicada, en la misma organización hospitalaria.

No es posible abordar ahora cumplidamente semejante temática, cuyo examen nos conduciría lejos, obligándonos a preguntarnos sobre el tipo de medicina hacia el que se nos quiere orientar: el de una medicina a medida del hombre o, a su vez, de una medicina dispuesta a enseñar la pura tecnología y la eficiencia organizada.

Es necesario comprometerse en una «re-personalización» de la medicina que, conduciendo nuevamente a una consideración más unitaria del enfermo, favorezca la instauración de una relación más humanizada con él, es decir, capaz de no herir la unión entre la esfera psicoafectiva y su cuerpo que sufre. La relación médico-enfermo debe volver a basarse en un diálogo hecho de escucha, de respeto, de interés; debe volver a ser un auténtico encuentro entre dos hombres libres o, como se ha dicho, entre una «confianza» y una «conciencia».

Esto permitirá al enfermo sentirse comprendido como lo que verdaderamente es: un individuo que experimenta dificultades en el empleo de su propio cuerpo o en la explicación de las propias facultades, pero que conserva intacta la esencia íntima de su humanidad, cuyos derechos a la verdad y al bien, tanto en el plano humano como en el religioso, espera ver respetados.

Ilustres señores, al proponeros estas reflexiones me resulta espontáneo volar con el pensamiento a las palabras de Cristo: «Estuve enfermo y me visitasteis» (Mt 25-36). ¡Qué gran estímulo para la deseada «personalización» de la medicina puede venir de la caridad cristiana, la cual permite descubrir en los rasgos de todo enfermo el rostro adorable del grande, misterioso Paciente, que continúa sufriendo en aquellos sobre quienes se inclina, sabía y providencial, vuestra profesión!

A El se dirige en este momento mi oración para invocar sobre vosotros, sobre vuestros seres queridos y sobre todos vuestros enfermos la abundancia de los favores celestiales, en prenda de los cuales de corazón os imparto la propiciadora bendición apostólica.

(Lunes, 27 de octubre de 1980)

Pastoral hospitalaria

FORMACION DE LOS AGENTES DE PASTORAL SANITARIA

I

FORMACION ESPIRITUAL

ESPIRITUALIDAD

Derivado de espíritu. En el NT. «espíritu» tiene dos significados:

— El «espíritu del hombre», algo del hombre mismo, su alma, su conciencia, su dinamismo, su fuerza, vigor.

— El «espíritu del Dios», el Espíritu Santo.

Aquí esta palabra abarca las dos acepciones, la integral; es el ES que transforma al hombre, le da un modo propio de ser, es dinamismo, fuerza, vida nueva para el hombre.

No admitimos, por incompleta, la concepción de «espiritualidad» como identificada con unas prácticas de piedad, unas oraciones, una frecuencia determinada de vida sacramental.

Su verdadero sentido lo deducimos del NT., especialmente de San Pablo (Gal. 5, 25-26 y 6, 1): «*Si el Espíritu nos da vida, sigamos también los pasos del Espíritu... incluso si a un individuo se le cogiera en algún desliz, vosotros, los hombres del espíritu, recupearad a ese tal...*» y Rom. 8, 14: «*porque Hijos de Dios son todos y sólo aquellos que se dejan llevar por el Espíritu de Dios*». Este ES transforma al hombre haciéndole producir fruto, cuyas principales características

son: «*amor, alegría, paz, tolerancia, generosidad, lealtad, sencillez, dominio de sí*» (Gal. 5, 22).

Según esto, la espiritualidad es vivir la vida del Espíritu en nosotros, vivir el mismo Espíritu de Jesús que es el dador del Espíritu (Jn 15, 26). Jesucristo es el hombre espiritual por antonomasia porque el Espíritu habita totalmente en El y obra en El y a través de El (Mt. 4, 1; 12, 28).

No significa la espiritualidad alejamiento del mundo, de lo material, del compromiso con los hombres, sino vivir de ese Espíritu que es la vida de todo: vida para el hombre, para la humanidad, para la creación (Rom. 8, 22-24). El hombre espiritual quiere llenar toda su vida, todo lo que es, hace, vive, con ese Espíritu.

COMO DEFINIR LO ESPECIFICO DE LA ESPIRITUALIDAD

Hay que partir de la situación concreta en que vive el agente de pastoral sanitaria. La situación personal es irreplicable, pero la vivencia de situaciones semejantes permite la búsqueda de unos elementos comunes en algún sentido.

La situación de las personas se define por: a) el entorno, especialmente por su entorno más influyente,

b) por las vivencias, actitudes y comportamientos que se adoptan ante ese entorno y que ese entorno provoca, exige. En el entorno ocupan lugar prioritario las personas con las que se mantiene una mayor relación.

Según esto, la situación de los agentes de Pastoral Sanitaria se define: 1) por los enfermos, según su clase o condición (niños, diversas clases de enfermedad, ya sea física o psíquica, dentro de una enorme gama, ancianos, minusválidos, etc.), y 2) por las personas y estructuras que convergen en el mundo de la salud y enfermedad. Aquí ya encontramos un elemento situacional que lo diferencia de otras profesiones y trabajos.

Tampoco esta situación, es la que define exhaustivamente al agente de Pastoral Sanitaria, porque hay facetas esenciales en la vida de esa misma persona, v. g.: si está casado, si tiene otra profunda amistad, etc. Pero todo debe ser integrado para no dispensar la personalidad, y cuando la persona viva el campo o ambiente de la sanidad su opción vital dominante debe proyectarse en esta dirección.

CONTENIDO

— Hay que hacer una opción fundamental por los enfermos, es decir, una decisión de toda nuestra vida, de la personalidad entera al servicio y entrega al enfermo. Decisión libre donde nuestra inteligencia quiera conocerles, cada día más, conocer cuanto les ayuda a superar situaciones. Y con la entrega desinteresada irá madurando esta opción hasta que llegue a ser algo que totalice la existencia. Es lo que llamaríamos una plena vocación vivida en la entrega generosa.

— Esta opción es el signo del amor cristiano y la vivencia concreta de él, porque la caridad es ayudar a que la persona sea más persona en todos los niveles de su personalidad.

— Sólo se puede prestar ayuda auténtica si hay competencia profesional. La competencia profesional es aplicación concreta y signo del amor al enfermo. Competencia actualizada y diligentemente aplicada, conscientes de que la salud es un gran valor humano que el hombre debe defender.

— Esta profesión no se puede vivir hoy en soledad. Son muchos los campos desde los que hay que hacer

esta ayuda sanitaria. Es necesario integrarse con los otros que también trabajan ahí. Es el sentido de la solidaridad y colaboración, contrario al individualismo y acción solitaria.

— Ser compasivos en el sentido literal de la palabra, es decir, «hacer nuestros los sufrimientos, esperanzas, gozos» (GS 1) de estos enfermos.

— Vivir la fe cristiana o fe en Dios, concretada en fe en el hombre, en este hombre que es el enfermo. La fe es aceptar a Dios, pero aceptando al hombre. Aceptar a todos sin discriminación, por el hecho de ser personas.

— Vivir la esperanza cristiana, ayudando a que las legítimas esperanzas del enfermo no se frustren. Las esperanzas del enfermo se convierten en compromiso para mí, a fin de hacerlas realidad.

— Manifestar en mi profesión los frutos del Espíritu que son: «amor, alegría, paz, tolerancia, agrado, generosidad, lealtad, sencillez, dominio de sí» (Gal. 5, 22-23).

MEDIOS

— Vivir la profesión como parte de la salvación traída por Cristo.

— Valorar mucho el encuentro o relación en profundidad con el enfermo sin limitarnos nunca sólo a prestar unos servicios.

— Vivir a Cristo en nuestra vida como Alguien que da prioridad a los enfermos y débiles, y como Alguien que privilegiadamente está en el enfermo (Mt. 25, 36).

— Fomentar la acogida al enfermo porque lo veo como algo y alguien muy importante en mi vida.

— Lectura asidua del Evangelio para descubrir la actitud de Jesús ante las personas y sobre todo ante los enfermos.

— Oración, esencial en la vida del cristiano, hecha desde la vida, pidiendo para ellos y para saber descubrir y agradecer lo que Dios hace en ellos y para ellos.

† JAVIER OSÉS

Obispo de Huesca
y responsable de la pastoral sanitaria en España

2

DIMENSION DOCTRINAL DE LA FORMACION

INTRODUCCION

— Al abordar la dimensión doctrinal de la formación de los agentes de pastoral sanitaria es preciso hacer una elemental distinción entre «lo doctrinal» y el «acercamiento»

«al mismo (actitudes, uso, vivencia, aplicación, etcétera).

— Por ello, e intentando situarme frente a los destinatarios inmediatos de esta exposición, más que el contenido y las líneas doctrinales de dicha formación, in-

teresa poner de relieve la *perspectiva* desde la que afrontar el tema.

— Como planteamiento previo, es igualmente necesario subrayar, dentro de la formación del agente de pastoral sanitaria, aquello que realmente confiere a nuestro proceso formativo una finalidad específica. Diferenciación que no sólo lo sitúa dentro de un contexto de maduración integral, sino que lo distingue de otros procesos formativos más «profesionalizados», más fragmentarios o parciales con respecto a la dimensión total de la persona.

Nuestro proceso formativo no tiene como *objetivos* principales: Conferir un rol, sino *ayudar a la propia identidad*, proceso de crecimiento en la «autocomprensión» personal. Suministrar información y conocimiento, sino *sensibilizar*. Conferir *saber* para dominar, sino *para transformar y servir*.

— Por todo ello, la formación del agente de pastoral sanitaria, de todo agente, se sitúa dentro de un proceso más totalizante.

EL PROCESO FORMATIVO DENTRO DEL PROCESO DE RENOVACION

— La renovación, tarea permanente de todo agente de pastoral sanitaria, es un proceso, transcurso en el tiempo, con unos objetivos, unas etapas, unos métodos. Dentro de la transformación que se está operando dentro de la sociedad, de la Iglesia y del mundo de la salud, es necesario pasar de la *sensibilización* a la *profundización*, y realizar esta profundización en continuidad de vida hasta crear unas condiciones favorables para la operatividad. Operatividad que no se consigue si, además, no existe una *programación* realista y eficaz.

— Dentro de estas tres facetas del proceso de renovación, que no se suceden cronológicamente, sino que se interfieren, destaco, de momento, la primera: La *sensibilización*, más que información y conocimiento, supone una apertura, una postura ante la vida, una aceptación del cambio, sentir la urgencia de mejorar, aceptar los desafíos y oportunidades que nos ofrece el mundo de la salud en cambio. Por ello, no existe proceso de renovación, ni formativo, por tanto, si éste no lleva en su interior una fuerte carga de *operatividad*: Capacidad de transformarse (y transformar) y capacidad de programación.

— Esta primera perspectiva, aquí apuntada para abordar la dimensión doctrinal de la formación de los agentes de pastoral: Elimina la tentación de «ideologizar» un proceso que está profundamente abocado a la vida; que arranca de una experiencia de fe y de servicio vivida por el agente; que «termina» en la acción pastoral. Evita que el proceso formativo del agente sea concebido como un proceso de «culturización», más caracterizado por su talante discursivo, áulico y abstracto, que por su capacidad de transformación

y de integración en la vida del Servidor. Sitúa el proceso formativo del agente dentro de un contexto en el que los protagonistas son el individuo y la comunidad, como miembros de Iglesia en acción.

CONTENIDO DOCTRINAL DEL PROCESO FORMATIVO. CAMPOS Y LINEAS FUNDAMENTALES

De acuerdo con el planteamiento seguido hasta el momento, se pueden individuar dos *enfoques* diferentes con respecto al contenido del proceso formativo:

— Un primer enfoque que podríamos caracterizar como *parcializado* y *aséptico*: Este enfoque establece una «separación vital» entre el Agente y el contenido de su formación.

— Formación caracterizada por la información y el conocimiento (libros, revistas, cursos, etc.) sin incidencia en la sensibilización, sin autoimplicación en la realidad, sin confrontación con una experiencia de Servicio en el mundo de la salud. Es la «formación» que se adquiere para «formar» a otros, para «conocer una problemática»: la «formación» de los que escriben sobre problemas concretos a la luz de principios teológicos-morales generales.

— Formación cuyo contenido no obedece a una visión de conjunto, sino que de manera parcializada y fragmentaria aborda «temas sueltos» o, en todo caso, sin una visión sistemática y orgánica dentro de todo un contexto, cada vez más amplio y complejo.

— Formación, por tanto, con una reducida capacidad de operatividad (transformación-programación) y respuesta a las realidades complejas y concretas del mundo de la salud.

— El segundo *enfoque* puede ser llamado, con un lenguaje más indicativo que rigurosamente exacto, *referencial*.

— Es la formación del agente que se sabe a sí mismo *referido* mental, relacional, funcional y vitalmente a un *cuadro referencial* dentro del cual se autoimplica, se define «autocomprensión», actúa, y quiere crecer personalmente y junto con su comunidad.

— En este enfoque, sustancialmente diferente al anterior, interesa destacar que el «*cuadro referencial*» incluye al menos estos elementos: *El Dios revelado en Cristo*, como centro de atracción y explicitación de una relación experiencial de fe que ilumina la propia vida y todo el campo de acción pastoral. Un *conjunto de valores ético-cristianos* en torno a los cuales se construye la propia existencia: La dedicación generosa a los demás, la búsqueda de la justicia, la lucha por la liberación del hombre, el sentido espiritual y trascendente de la vida, la sensibilidad atenta a las implicaciones éticas del mundo de la salud, la humanización de la asistencia, etc. El *mundo de la salud*, como contexto amplio y concreto en el que se mueve el agente de pas-

toral, en sus diferentes dimensiones: sociológica, política, económico-financiera, profesional, comunitaria, eclesial, etc.

— La formación, en este caso, es la misma experiencia vivida y contrastada cada día.

— Al mismo tiempo, su *necesidad* brota de la experiencia misma del agente, el cual se siente impulsado a *situarse* más adecuadamente dentro de ese cuadro referencial: Conociéndolo mejor, clarificando su propia identidad y su misión dentro del mismo, capacitándose para responder más coherentemente a sus diferentes instancias y problemática, motivándose para transformar y servir.

— El *contenido* de la formación es, de este modo, más *orgánico*, *unitario* y *totalizante*: No sólo por su repercusión en la vida sino porque da al agente una visión de conjunto, el conjunto al que se encuentra vitalmente referido.

— El contenido doctrinal, en este caso, y desde la perspectiva de la fe, más que conocimiento, teoría y «doctrina», es mensaje, actitud ante la vida, etc.

Descartado el primer enfoque, el contenido doctrinal de la formación del agente de pastoral sanitaria estará marcado, pues, por su nivel *referencial* («eso no me interesa, no estoy «metido» en ello») y por su grado de *sensibilización*: «eso no me dice nada».

CAMPOS Y LINEAS FUNDAMENTALES

Siguiendo los planteamientos hasta aquí esbozados de forma sintética, más que los bloques o campos doctrinales de nuestro proceso formativo interesa destacar las líneas fundamentales de acercamiento a los mismos. Haremos ambas cosas a la vez.

a) *Campo teológico-bíblico*. Desde la perspectiva de la fe, y dentro del enfoque antes expuesto, el agente de pastoral sanitaria debe redescubrir a diario qué es lo que Dios *le* dice-revela dentro de ese cuadro referencial mencionado, y profundizar desde su fe (y su experiencia) en el Mensaje.

Dentro de ese campo existen una serie de líneas urgentes que el agente deberá profundizar:

— Sentido de la lucha organizada del hombre por la promoción de la vida y la defensa-recuperación de la salud.

— Visión bíblico-teológica del hombre, lo mismo del enfermo que del «curador herido». Integración de la salud y de la enfermedad, y del proceso terapéutico dentro de una antropología teológica.

— Iluminación teológico-bíblica de los interrogantes de todo tipo que la enfermedad, el dolor y la muerte plantean al hombre de hoy. Integración de las respuestas e interrogantes, sobre todo actitudinales, de Jesús en la vida del agente.

— Fundamentación teológico bíblica de la acción del agente y de la comunidad eclesial en el mundo de la salud. Clarificación, sentido y alcance de esa acción. Los signos terapéuticos-liberadores de Jesús. Fundamentación teológico-bíblica de la dimensión comunitaria de la acción de la Iglesia, etc.

b) *Campo pastoral*. Como «contenido doctrinal» la dimensión o campo pastoral del proceso formativo del agente, es especialmente complejo en estos momentos. De ahí que en nuestro proceso de renovación sea preciso explicitar y profundizar en algunas líneas también urgentes:

— Clarificación de la misión del agente, de la comunidad y de la Iglesia en el mundo de la salud.

— Explicación y contexto de la acción sacramental de la Iglesia: Como «signos», expresión y explicitación de una solidaridad personal y comunitaria, y como celebración del sentido salvífico y solidario de la vida.

— Clarificación de la propia imagen del agente: Cómo se autocomprende como agente, cómo se inserta dentro de la acción de la comunidad.

— Cómo integrar la acción pastoral del agente y de la comunidad dentro del conjunto de esfuerzos por la promoción-defensa-recuperación de la salud.

— Cómo dinamizar y coordinar la acción diversificada y dispersa de la Iglesia en el mundo de la salud. Creación de unas estructuras de pastoral de conjunto, bajo el punto de vista personal, de acción, disciplinar, etcétera.

c) *Campo ético*. Bajo el punto de vista ético y como tarea prioritaria dentro del proceso formativo, en este campo, destaco las siguientes líneas:

— Fundamentación teológico-bíblica de la formación ética del agente, y comprensión de la problemática ética que plantea el mundo de la salud desde esa misma perspectiva teológico-bíblica.

— Necesidad de una ética más solidaria y social, que ayude a superar deformaciones de tipo individualista y legalista, que responda a una problemática profundamente personal y social y que mueva a los creyentes a una participación solidaria en el mundo de la salud.

— Dentro de esa misma ética, superación del dualismo entre fe y vida: De modo que la fe se explicita y exprese también profesional y laboralmente.

— Análisis ético-crítico de las diferentes realidades del mundo de la salud y del sistema sanitario en cuanto tal.

— Profundización y motivación de la conciencia crítica y profética sensible ante el «pecado» del mundo de la salud.

— Iluminación y respuesta a los problemas éticos que plantea la asistencia, en sus diferentes niveles, así como la medicina bajo el punto de vista científico, etc.

d) *Campo sociológico.* Incluyo en este apartado, muy importante dentro del cuadro referencial, diferentes realidades de la sociedad y del mundo de la salud, ante las cuales la sensibilización del agente debe crecer de forma constante.

— Análisis crítico, en profundidad, de la sociedad en la que está encuadrado y referido el agente de pastoral sanitaria: Líneas y tendencias, especialmente aquellas que inciden más directamente en el mundo de la salud: Concepciones filosóficas y antropológicas.

— Análisis en profundidad del sistema sanitario, y de la situación sanitaria del país, con especial hincapié en las realidades «subyacentes»: Soporte ideológico y político del sistema. Implicaciones pluridisciplinares de todo sistema sanitario.

— Análisis de las líneas y tendencias más importantes de la política sanitaria del país, así como su confrontación con la de otros países y con expertos: personas, instituciones, organismos internacionales.

— Análisis en profundidad del contexto donde se mueven el agente y la comunidad, centro sanitario y entorno, movimiento y entorno, etc.

e) *Campo psicológico.* Contenido importante por la naturaleza misma de la acción pastoral y por la necesaria connotación de servicio que, en cualquier caso, tiene, la formación debe cuidarlo de forma esmerada. Señalo solamente alguna línea:

— Profundización en el conocimiento de uno mismo: Análisis de la opción del agente por el mundo de la salud, conocimiento de las propias motivaciones. Análisis de las propias reacciones y actitudes ante la comunidad, el entorno en el que se mueve, y ante los enfermos.

— Análisis y conocimiento de la especial configuración que da el mundo de la salud a las personas que en él actúan. Análisis sico-social del mundo de la salud y, en concreto, del hospital.

— Conocimiento de aquellas técnicas sicopedagógicas para la conducción y animación de grupos, tanto a nivel formativo como pastoral.

— Análisis en profundidad de los procesos y reacciones psicológicas del enfermar y del morir. Conocimiento de la persona enferma y moribunda.

UNA ALTERNATIVA PARA LA OPERATIVIDAD

— Dentro del proceso de renovación —contexto en el que se sitúa el proceso formativo del agente— la *programación* constituye un momento importante, indispensable, no sólo para explicitar razonablemente la operatividad de la propia renovación-formación, sino también para hacerla posible. Este momento de la renovación-formación, la programación, con cierta frecuencia, es minusvalorado y, en todo caso, insuficientemente

adoptado y aplicado, por lo menos de manera consciente y eficaz.

— La alternativa aquí propuesta (encuadrada dentro de los planteamientos hasta aquí expuestos, no se olvide) se caracteriza por su sencillez, facilidad de aplicación tanto individualmente como en grupo-comunidad.

TRES FASES

PRIMERA FASE: *Análisis de la situación*

Esta primera fase debería ser, en principio, lenta, serena, sincera-transparente, sin dar lugar a «enfriamientos» y paréntesis que hagan olvidar el camino recorrido. En cuanto al contenido de dicho análisis destaco:

a) «Dónde estoy» — «Dónde estamos».

— En qué situación me encuentro, como persona que trabaja en el mundo de la salud. Satisfacción, insatisfacción, motivaciones, nivel de ilusión y esperanza, capacidad de respuesta, de adaptación, etc.

— Cuáles son mis necesidades fundamentales. ¿Están satisfechas?

— En qué contexto de relación, intereses, y actividad me muevo.

b) Nivel de identidad o «autocomprensión».

— Cuáles son mis puntos de referencia vital. Hasta qué punto los tengo integrados.

— Hacia qué contenidos, instancias y exigencias me siento más sensibilizado.

— En qué estadio del proceso de renovación me encuentro.

— Cuáles son mis aspiraciones más importantes (verbalización y explicitación de deseos, «lluvia de ideas»).

— De los «campos y líneas fundamentales» del contenido doctrinal de la formación ¿en cuál o cuáles necesito profundizar más? ¿Tengo una visión de conjunto de todo el contenido doctrinal de la formación del agente de pastoral sanitaria?

c) *Actitudes personales y/o comunitarias* ante un proyecto de programación. ¿Nace de la esperanza en el futuro y de la ilusión gozosa con que vivo el presente? ¿Tengo confianza en mí mismo y en los demás?

d) Dificultades de todo tipo, y posibilidades ante un proyecto de programación dentro del proceso formativo.

SEGUNDA FASE: *Selección de los objetivos a perseguir*

Dentro del proceso de renovación-formación, concientizado y asumido por el individuo y/o la Comunidad, el *contenido de la programación* supone un momento, a la par que gozoso y esperanzador, arriesgado.

Es preciso que el individuo seleccione sus objetivos, analizada la situación, en base a unos criterios elásticos pero bien definidos. Entre ellos destacaría:

— Orden de *prioridades* en las necesidades, deseos y posibilidades del individuo y del grupo. En este sentido el nivel de identidad propia, autocomprensión, del agente es capital para discernir hasta qué punto el contenido debe ser uno u otro, elemental o avanzado, de sensibilización o de profundización-afirmación. El contenido debe adecuarse al momento concreto del individuo y de la Comunidad.

— El ritmo propio del individuo y de la mayoría si se trata de un grupo-comunidad.

— Sub-momento importante de esta segunda fase lo constituye la explicitación del *contenido de los objetivos* a alcanzar. A modo de ejemplificación y dentro de nuestro caso que es formación-renovación, interesa defi-

nir bien el *campo* o *campos* en los que, mediante la formación, deseamos profundizar y sensibilizarnos.

TERCERA FASE: *Medios. Etapas. Evaluación*

— Medios: Como instrumentos que son para la consecución de los objetivos, deben ser concretos, adecuados y claros.

— Etapas: Sin precisar de forma puntual, el individuo (y/o la comunidad) se marca unos tiempos y plazos: Para el inicio de la programación (puede ser el comienzo de curso) y para la consecución de los objetivos.

— Evaluación: Periódica, hecha con humildad, sencillez, voluntad de superación, creatividad, etc.

FRANCISCO ALVAREZ
Miembro del ENPS

3

DIMENSION PASTORAL DE LA FORMACION

Centramos nuestra atención en el tema pastoral, otros lo han hecho desde otra vertiente, si bien es verdad que difícilmente podemos separarlas, ya que toda acción pastoral debe estar cimentada en una buena dosis de aspectos doctrinales y espirituales, junto con los medios modernos de comunicación.

INSISTENCIA EN EL CONCILIO EN ESTA FORMACION PASTORAL

Decreto Optatam Totius

— La educación de los alumnos debe tender a la formación de verdaderos pastores de almas. Prepararse para el ministerio de la Palabra, culto y santificación, ministerio de Pastor (n.º 4).

— Todos los aspectos de esta formación, el espiritual, el intelectual, el disciplinar, deben estar conjuntamente dirigidos a esta finalidad pastoral (n.º 4).

— La preocupación pastoral que debe informar por entero a los alumnos exige también que éstos sean cuidadosamente preparados en todo aquello que se refiere al sagrado ministerio: catequesis, predicación, liturgia, sacramentos, educación para el diálogo, utilización de los medios que pueden ofrecer las ciencias pedagógicas, psicológicas, sociales, espíritu de iniciativa y colaboración (n.º 19-20).

Decreto Presbyterorum Ordinis

— «Mas como quiera que en nuestros tiempos la cultura humana y también las ciencias sagradas avan-

zan con nuevo paso, incítese a los presbíteros a que perfeccionen adecuadamente y sin intermisión su ciencia acerca de materias divinas y humanas, y así se preparen a entablar más oportunamente diálogo con sus contemporáneos (n.º 19).

Decreto Apostolicam Actuositatem

Formación para el Apostolado:

— Debe ser multiforma y completa (n.º 28).

— Principios: Su especialidad. Integra. Vivir la fe. Sólida. Aumento de valores humanos. Armonía y equilibrio de la formación apostólica activa. Inserción en lo temporal (n.º 29).

— Adaptada a las diversas formas de apostolado (n.º 16-19, 31).

FINALIDAD QUE PERSIGUE ESTA FORMACION PASTORAL

En principio, la formación debe ser unitaria. La espiritual estrechamente unida con la formación intelectual y pastoral.

De ahí que una de las finalidades de esta formación será capacitar integralmente a la persona para poder realizar después la presencia. Esta capacitación integral va desde la adquisición de un dominio personal, el logro de la madurez humana (estabilidad de ánimo, facultad para tomar decisiones ponderadas, recto modo de juzgar...), hasta adquirir una madurez cristiana, cen-

trada en una espiritualidad trinitaria, cristocéntrica y eclesial.

Otro de los fines de la formación pastoral será el posibilitar un cambio de mentalidad y de actitudes en los agentes de pastoral.

Elemento primordial en esta formación pastoral será potenciar a los agentes de tal forma que puedan anunciar el Evangelio y cumplan el mandato del Señor: «Id por todo el mundo», y formen y acrecienten así el Pueblo de Dios (PO 4). Ya que los Presbíteros son enviados a la misma obra, ora ejerzan el ministerio parroquial, la investigación, enseñanza, el mundo obrero. Todos buscan, ciertamente, a un mismo fin, la edificación del Cuerpo de Cristo, que, en nuestros días señaladamente, requiere múltiples organismos y nuevas acomodaciones (PO n.º 8).

CONTEXTOS SOCIO-CULTURALS EN EL QUE VA A INSERTARSE LA PASTORAL (Cfr. GS n.º 4-10)

Cabe preguntarse a qué clase social y cultural se pertenece y cuáles son los fenómenos que modelan al hombre de hoy.

Las tendencias más acusadas son: aparición del conflicto social; el cambio a todos los niveles; mentalidad técnica; sentido transitorio de las cosas.

Estas tendencias configuran una nueva sociedad y afectan al hombre de hoy en cuanto se refiere a una vida masificada, pragmatista y consumista desde la que se explican después las siguientes actitudes: mentalidad democrática; pluralismo; secularización; conciencia de la dignidad humana; relativismo.

Y en cuanto a la escala de valores, dominan en el hombre de hoy los siguientes: el respeto a la libertad humana; el afán por la igualdad; compromiso por lo temporal; solidaridad; valoración de lo comunitario.

Junto a estos valores, el fenómeno de los contravalores: ruptura con los valores permanentes; materialismo; concepción marxista de la existencia humana; recurso a la violencia.

Esta es la situación global a la que hay que añadir los fenómenos que afectan desde el campo sanitario: Desorientación, con la consiguiente falta de planificación sanitaria. Falta de objetivos. Falta de coordinación y control. Desarrollo de una mentalidad puramente técnica. No tener tiempo para las personas. Tensiones entre lo inmediato y sus causas, entre lo ideológico y lo estructural. Cambios referentes al enfermo: conciencia de sus derechos, estancias cortas en el hospital. Cambios en el personal sanitario: aumento, prestación de servicio concebida en actitud profesional y con tendencia a la deshumanización. Cambios referidos a la posición del hospital en la ciudad: servicio público y control estatal.

Todo ello está exigiendo un tipo de formación básica y continuada de pastoral que haga posible el llevar

a efecto de forma adecuada la finalidad que esta misma pastoral tiene.

CONTENIDOS DE ESTA FORMACION PASTORAL

«El objetivo clave será conseguir el suficiente discernimiento de los caminos que el Espíritu va indicando a la Iglesia en medio de los cambios de esta sociedad en transformación radicalizada y acelerada. Se trata de educar en una seria teología de la acción pastoral que abarque todos sus campos: moral, social, espiritual; formar en el conocimiento de una adecuada metodología pastoral y de una recta criteriología de acción; precisar los términos de la solidaridad responsable de la Iglesia en su acción relacionada con la sociedad humana; educar en el trabajo de base, en la iniciativa personal, en el espíritu asociativo, en la labor de equipo, en la apertura a solidaridades más amplias» (Cfr. «Asamblea conjunta Obispos-sacerdotes, Ponencia VII).

A estos contenidos básicos hay que añadir los específicos del campo en el que se está inserto para la acción pastoral. De ahí que la formación de un agente de pastoral sanitaria deba dar respuesta a los interrogantes que plantea hoy la medicina. Por ello, en dicha formación han de entrar temas referentes a: situación sanitaria y hospitalaria del país; conocimientos psicológicos y humanos sobre la incidencia de la enfermedad y la muerte en el hombre; problemas éticos que nos presenta la medicina actual: derechos del enfermo, experimentación y manipulación del hombre, el aborto, el planing familiar, etc.; respuestas desde la opción cristiana a todos estos interrogantes: la Palabra de Dios y la reflexión teológica.

MEDIOS PARA UNA FORMACION PASTORAL SANITARIA

«A fin de que los presbíteros se dediquen más fácilmente a los estudios y aprendan más eficazmente los métodos de evangelización y apostolado, procúrenseles con todo cuidado los medios oportunos, como son: la organización, de acuerdo con las condiciones de cada territorio, de cursos o congresos; la erección de centros destinados a estudios pastorales; la creación de bibliotecas y la adecuada dirección de los estudios por medio de personas idóneas. Consideren, además, los obispos, individualmente o todos juntos, la manera más oportuna de lograr de todos los presbíteros, en fechas fijas, sobre todo durante los primeros años después de su ordenación, puedan frecuentar algún curso en que se les procure ocasión ora de adquirir un conocimiento más acabado de los métodos pastorales y de la ciencia teológica, ora de fortalecer su vida espiritual y de comunicar mutuamente con sus hermanos las experiencias

apostólicas» (PO n.º 19. AA 32) (Cfr. también Asamblea conjunta Obispos-sacerdotes, ponencia VII, 3).

De cara a una práctica viable, los medios que pudieran ofrecerse para los agentes de pastoral sanitaria son los siguientes:

— Reuniones periódicas a escala nacional para delegados diocesanos con tema y dinámica progresiva.

— Semana nacional de reflexión sobre pastoral sanitaria.

— Cursillos a diferentes grupos de la geografía española.

— Comunicaciones circulares del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

— Elaboración de dossiers sobre el tema.

— Creación en el Secretariado Nacional de un Centro de Documentación e Información sobre aspectos doctrinales, experiencias, etc., sobre el tema.

— Organización básica de un curso sistemático en cada diócesis o en cada región.

— Inserción del tema de pastoral sanitaria en los estudios del Seminario e Institutos de Pastoral.

— Reuniones periódicas en cada diócesis de los capellanes y agentes de pastoral sanitaria.

— Reflexiones sobre el tema con los responsables de parroquias.

— Creación de un centro piloto de pastoral sanitaria.

EXPERIENCIAS

Creo que toda acción es una experiencia que acentúa o rectifica el hacer. Las experiencias habidas en el campo sanitario son múltiples: Semanas de pastoral sanitaria; convivencias; cursillos; reuniones a escala nacional, regional y diocesana; publicaciones; análisis de

las realidades; las planificaciones de los servicios religiosos; el quehacer diario.

Alguien podrá preguntar, ¿y el resultado? Nuestra respuesta es: muy enriquecedor. No caigamos en la trampa de lo cuantificable; en pastoral hay cosas que no caben en la medida.

«Las acciones pastorales proceden de una comunidad de personas y tienden a crear vida comunitaria de fe, de caridad y de participación. Por consiguiente:

1. El resultado de la acción pastoral no es mensurable en términos cuantitativos. No es una acción que concluya en la producción de las cosas.

2. Los caracteres propios de la acción pastoral reclaman un proceso de elaboración que no puede expresarse sólo en conceptos jurídicos.

3. No son aplicables de manera unívoca a la acción pastoral los esquemas organizativos de los entes políticos, de los sindicatos, de la industria, etc., si bien deben ser tenidos en cuenta todos los avances de las ciencias humanas sobre la dinámica de grupos, la organización del trabajo, la planificación, etc.

La acción pastoral requiere unos cauces que le den mayor amplitud, mayor eficacia, mayor permanencia. A estos cauces los llamaremos estructuras pastorales.

Las estructuras de la Iglesia son funcionales e instrumentales para el cumplimiento de su misión. Por ello son necesarias —algunas tiene que haber— y contingentes, porque todas son recambiables. A las estructuras pastorales de la Iglesia les es consustancial el carácter instrumental, contingente, provisional; no son nunca un fin en sí mismas; proceden de la vida, deben servir fielmente a la vida y renovarse con ella» (Cfr. Asamblea conjunta Obispos-sacerdotes, ponencia III, 0.1 y 0.2).

JOSÉ L. REDRADO
Miembro del ENPS

TRABAJO DE GRUPOS

PRIMER TIEMPO

GRUPO A

Lo que se busca con la formación es:

Diferentes funciones, en teoría, de la formación:
Instruir: dar conocimientos. Educar: dar criterios. Sensibilizar: despertar centros de interés. Perfeccionar: desarrollar facultades. Personalizar: la atención global al individuo. Maduración de la persona. Posibilitar su personal aportación. Capacitarla para desarrollar una función. Que descubra al otro y la necesidad de darse. Responsabilización. Coordinación de vidas y actitudes.

Lo que yo creo que ha de ser mi formación: Lograr una personalidad coherente. Una capacidad de comprensión. Capacidad de orientación. Capacidad de comunicación.

La formación del agente de pastoral sanitaria en función de la formación de otros: Mayor conocimiento para enriquecer. Hacer personas libres y responsables. Que tengan motivaciones para vivir. Que encuentren respuestas a los interrogantes.

Lo nuclear en la formación es:

Jerarquización. Hacer personas: Personalizar. Ser más coherente consigo. Realización personal para transmitir.

Lo nuclear: Conseguir personas maduras, libres, abiertas.

GRUPO B

Solidaria con y para los otros. Integral y madura. Permanente. Válida para él, aquí y ahora.

GRUPO C

Hacer crecer la persona: Profundizar en la propia identidad. Clarificarse a sí mismo. Que el hombre sea persona responsable, libre. Conocerse y conocer el mundo de hoy.

Madurar en la fe: Creer y experimentar a Cristo. Ser fieles a la llamada de Dios.

Dar estabilidad a la persona, equilibrio. Comunicarse. Ser y sentirse útil. «Contemplare et contemplata aliis tradere» (S. Thomas Aquinatis).

Perfeccionar la función: Capacitar en la Evangelización. Potenciar la creatividad. Fomentar la capacidad de adaptación, para afrontar las distintas situaciones y de respuesta, a los interrogantes de la vida, de nosotros mismos y de los demás. Responsabilizarse en una entrega enamorada y actualizada al servicio de los hombres. Cultivar la inteligencia, la afectividad, la capacidad de diálogo, de relación. Crear inquietudes. Creer, confiar, comprender a los demás.

Lo fundamental en la formación es ir haciendo una síntesis en la propia vida.

GRUPO D

Lo que se busca con la formación es:

Realización, como persona, integralmente. Maduración progresiva e integral. Maduración comunitaria. Autoformación y autocomprensión común con diálogo y experiencia. Dialogar. Conocimientos teóricos.

Lo nuclear en la formación es:

Postura de dar y recibir. Crear un marco que partiendo de la vida y de la experiencia de Dios y del hombre actual, logre llegar al hombre apóstol que haga posible la misión de la Iglesia en el mundo de la salud. El sentirse parte de un conjunto en que hay que servir. Respeto total a la persona y su aceptación. Conocer el mundo de la persona y la experiencia de la vida.

SEGUNDO TIEMPO

De todo lo expuesto sobre la dimensión espiritual, doctrinal pastoral, ¿qué es lo que conecta con lo que estáis viviendo?: Vivir la profesión como respuesta al

Evangelio. Aceptar el dar respuesta a la esperanza que el enfermo tiene. Competencia profesional: entra dentro de la caridad. Opción fundamental por los hermanos enfermos en todas sus reacciones: conocer al enfermo en todos sus problemas y haciendo que esa entrega nos vaya madurando en nuestra opción. Esto compromete mucho. Cada persona tiene su respuesta. Mi acción humana es movida por el Espíritu. Hacemos signos de Dios a través de la competencia profesional. Las vivencias no se repiten. Al programar tener la *confianza* y la *esperanza* en su realización. ¿Problema de ayuda económica a los agentes de la pastoral? Hay que atender a la subsistencia. Necesidad de cooperación y coordinación de entidades y personas. Plena vocación vivida con entrega generosa para llevar los frutos del Espíritu al enfermo. Se trata de hacer una opción fundamental por los enfermos, libre y desinteresada, con un amor concreto en cristiano a las personas. Partir de la situación concreta y personal del enfermo. Sentirse identificado con los enfermos y con su familia. Una manera de amar es la competencia profesional. La confianza en nosotros mismos y el confiar en las personas es algo necesario y ayuda a programar. Una manera de amar es la *competencia en la misión*. Exige formación permanente. Competencia que se ha de aplicar diligentemente a través del conocimiento del enfermo y de su entorno, para estar cerca de él y para que él mismo se sienta comprendido.

De todo lo expuesto, ¿qué es lo que te sirve para la formación de los agentes y para tu propia formación? No se puede vivir esta vocación en soledad. La fe y la esperanza, no sólo la caridad, como manifestación y prueba de nuestra fe en Dios. Vale la pena ser cristiano. El sentido de alerta que el cristiano no debe perder de vista. No temer el riesgo: la fe nos da una gran seguridad. Capacitar al agente integralmente para que realice la presencia. Posibilitar el cambio de actitudes. Potenciar todo lo posible a la persona para que realice todas sus funciones. Trabajar en grupo. Análisis de la situación tanto personal como del grupo. El grado de esperanza que hay que tener: lo que hay que hacer ¡hacerlo! sin esperar resultados. Evaluar lo que se va realizando con los mismos que lo han realizado y programado. Dejar la inmediatez. Ser compasivo: no sólo en la pena sino también en la alegría. Compartir las pasiones del otro. Tener muy en cuenta la escala de valores: cuáles son los míos y los de los otros. La formación no ha de servir para dominar sino para mejor servir. Comprometernos en realizar los sueños y deseos de los enfermos. Las legítimas esperanzas de los enfermos que no se frustren. Son para mí un compromiso. Lo mejor que me llevo es el aprender el método de trabajo que usamos.

J. L. R.

RELIGIOSOS DE LA SALUD EN EL PRESENTE Y EN EL FUTURO DE AMERICA LATINA

I

TIEMPOS DE UNA GRACIA ESPECIAL

No sé si es una experiencia universal en el tiempo y el espacio, el afirmar que nos toca vivir tiempos de una gracia especial.

La situación latinoamericana en todos sus aspectos parece única: en lo político (por sus experiencias tan variables), en lo económico (por el potencial que mantienen a pesar de la pobreza), en lo cultural (por la valoración de las riquezas autóctonas), en lo religioso (por el fondo religioso del pueblo y por el resurgir de las comunidades cristianas), etc.

El más importante acontecimiento eclesial, el Vaticano II, ha tenido para la Iglesia americana sus momentos fuertes de reflexión y decisión en las reuniones episcopales de Medellín y Puebla.

La vida religiosa se ha visto potenciada por ellos, y por las Conferencias Nacionales, y muy especialmente por los servicios prestados por la Conferencia Latinoamericana de Religiosos (CLAR) en sus 20 años de existencia.

Pero ¿qué ha sucedido con los religiosos consagrados al servicio de los enfermos? ¿Cuál es hoy y cuál será mañana, nuestro papel ante la sociedad y ante la Iglesia?

Queremos compartir estas reflexiones que ojalá logren lo que pretendemos: llenar de esperanza a todos los que hoy de forma tan abnegada están junto a los enfermos para que descubriendo un futuro optimista, sepan agradecer a Dios su vocación, y la pongan con una generosidad cada vez mayor, al servicio de la Iglesia y de los hombres latinoamericanos más necesitados.

Es una invitación a vivir y creer en la opción preferencial y solidaria con los pobres que la Iglesia ha ratificado, y que para nosotros tiene que llevarnos a optar por los enfermos más olvidados y por las acciones más efectivas que generen salud.

Es un servicio hecho desde la fidelidad al carisma, que comparto con tantos hermanos y hermanas, llamados por el mismo Señor a ser sus testigos en amor y misericordia, en el hoy y en el futuro de América latina.

LA REALIDAD LATINOAMERICANA

Aunque aceptamos con esperanza que el nuevo continente llegará a desarrollar sus múltiples riquezas y posibilidades, no podemos sentirnos indiferentes frente al *hoy* que viven los hombres latinoamericanos.

Es un *hoy* marcado por la *extrema pobreza* que dificulta, si no, imposibilita un mañana de bienestar y realizaciones honestas del vivir.

Solamente en la medida que se produzca una efectiva inculturación de los consagrados al servicio de los enfermos en la realidad de los diversos países, podrán descubrirse los valores culturales que encierran y aportarles la novedad de Cristo que les lleva a «pasar de unas situaciones menos justas a otras más humanas» (PP 20, cf. DP. 385 a 443 Evangelización de la cultura).

Esta aproximación nuestra a la realidad tiene que estar, por una parte, guiada por una visión de fe que nos hace ser testigos de Cristo que pasa haciendo el bien (DP 15) y por otra, sensibilizados hacia lo que nos constituye como trabajadores del campo de la Salud, constatando el esfuerzo por superar todos los signos de muerte (hambres, enfermedades crónicas, depauperación), al que nos sumamos, y la realidad dolorosa del crecimiento alarmante del desinterés y violación del derecho a una vida integral y justa en el mundo de los enfermos. Solamente quienes guiados por un gran amor

a estos pueblos conozcan sus valores y limitaciones, podrán hacer realidad un trabajo de salud integral.

Frente al panorama de necesidades se produce una fácil justificación de los servicios realizados, que serán buenos, pero no los más adecuados.

Hasta se corre el riesgo, de que al no hacer de nuestro trabajo una *denuncia profética* en favor de las causas que engendran la pobreza y las enfermedades, contribuyamos a mantener situaciones injustas, que por frecuentes llegan a parecernos que tiene que ser así.

Como nos advierte Puebla: «esta pobreza (y sus consecuencias: problemas de salud, mortalidad infantil, falta de vivienda adecuada, etc.) no es una etapa casual, sino el producto de situaciones y estructuras económicas, sociales y políticas» (DP 30).

Desde nuestra condición de promotores de salud, tendremos como objetivo base, motivar a nuestro pueblo para que reivindique la atención y cuidados a que tiene derecho, superando sus propias limitaciones e inercia a reclamar lo justo, esperando que otros lo hagan.

AMERICA LATINA, CONTINENTE ENFERMO

No es un tópico fácil esta afirmación. Es la realidad más palpable y que impacta aun a los más insensibles y superficiales.

Nos corresponde realizar una adecuada señalización de síntomas que iremos descubriendo, para proceder al correspondiente diagnóstico y asumir la parte activa en el proceso de sanación a que está urgida toda la vida religiosa, especialmente hoy en América latina.

Seremos servidores verdaderos de los hombres americanos, en la medida en que conociendo la realidad que viven como *enfermos*, pongamos nuestros esfuerzos en superar las causas que conllevan dolencias cronificadas.

El Documento de Puebla ha recogido en visión global nuestra afirmación: «Comprobamos pues, como el más devastador y humillante flagelo, la situación de inhumana pobreza en que viven millones de latinoamericanos expresada, por ejemplo en mortalidad infantil, falta de vivienda adecuada, problemas de salud, salarios de hambre, desempleo y subempleo, desnutrición inestabilidad laboral, migraciones masivas, forzadas y desamparadas, etc.» (DP 29).

Descubrimos:

«Una situación inhumana de pobreza». «El lujo de unos pocos se convierte en un insulto contra la miseria de grandes masas» (28), atropelladas en su dignidad de personas, y privadas de tantas cosas absolutamente indispensables (29, 31, 90, 1129, 1159, 1160) «va aumentando cada vez más de Medellín para acá» (47). Más de 100 millones casi un tercio de la población total, (320) vive en extrema pobreza, es decir, con un rédito anual inferior a US \$75; y el 75 %, en situación de injusticia y opresión, que Dios no quiere ni aprueba (28, 70, 73, 342, 473, 517, 793, 1159, 1257, 1258),

y obstaculiza la realización del Reino (69, 90, 138, 267, 281, 328, 358, 864).

— El menosprecio, la reducción y el atropello de los derechos humanos inalienables (318) que, lejos de disminuir, se acrecienta más todavía (18, 40, 41, 44, 50, 90, 134, 146, 318, 337, 477, 1261). Estas violaciones hieren al mismo Dios en su imagen.

— La disgregación familiar con el deterioro de los valores básicos de la familia (57, 94, 571, 581) que se ve acosada de mil maneras a tantos factores debilitantes (egoísmo, aislamiento, divorcio legal o de hecho, ansia de bienestar como algo absoluto)» (Cf. José María Guerrero. Los religiosos agentes de Evangelización a la luz de Puebla en *Vínculum* 141, Bogotá 1980).

Pero el mismo Documento es tajante al afirmar: La situación de extrema pobreza generalizada, adquiere en la vida real rostros muy concretos en los que deberíamos reconocer los rasgos sufrientes de Cristo, el Señor, que nos cuestiona e interpela.

— Rostros de niños, golpeados por la pobreza desde antes de nacer, por obstaculizar sus posibilidades de realizarse a causa de deficiencias mentales y corporales irreparables; los niños vagos y muchas veces explotados de nuestras ciudades, fruto de la pobreza y desorganización moral familiar.

— Rostros de jóvenes desorientados por no encontrar su lugar en la sociedad; frustrados, sobre todo en zonas rurales y urbanas marginales, por falta de oportunidades de capacitación y ocupación.

— Rostros de indígenas y con frecuencia de afroamericanos, que viviendo marginados y en situaciones inhumanas, pueden ser considerados los más pobres entre los pobres.

— Rostros de campesinos, que como grupo social viven relegados en casi todo nuestro continente, a veces, privados de tierra, en situación de dependencia interna y externa, sometidos a sistemas de comercialización que los explotan.

— Rostros de obreros frecuentemente mal retribuidos y con dificultades para organizarse y defender sus derechos.

— Rostros de subempleados y desempleados, despedidos por las duras exigencias de crisis económica y muchas veces de modelos de desarrollo que someten a los trabajadores y a sus familias a fríos cálculos económicos.

— Rostros de marginados y hacinados urbanos, con el doble impacto de la carencia de bienes materiales, frente a la ostentación de riqueza de otros sectores sociales.

— Rostros de ancianos, cada día más numerosos, frecuentemente marginados de la sociedad del progreso que prescinde de las personas que no producen» (DP 31 al 39).

Añadiríamos a esta descripción:

La dependencia (DP 66) sufrida por los pueblos, que conlleva sumisión, pasividad, inconstancia e irrespon-

sabilidad, y que obstaculiza el logro de una consecución justa en el reconocimiento de los derechos humanos y en especial lo relacionado con la salud.

Otra expresión de esta dependencia es la utilización de apoyos, cuñas, palancas, etc., para lograr lo pretendido sin someterse a las normales exigencias (compadreo). La posibilidad de reivindicación y solidaridad frente a problemas y deficiencias como las padecidas en la salud, se ve dificultada.

Alcoholismo. Drogas. Está haciéndose endémica esta situación. Las consecuencias son tan amplias como funestas (juventud, familia, violencia, robo, etc.) (DP 58, 577 y 1261).

Violencia. Como motivadora de enfrentamientos, limitaciones y muertes (DP 43), engendrando inseguridad, y que conlleva nerviosismo, tensiones y neurosis (DP 67).

Juego político. En que se ven metidos nuestros pueblos, alimentados por falsas promesas que inhiben la corresponsabilidad y activa participación (DP 46 al 50).

Es el sustituto de los paternalismos históricos, que abre falsas expectativas, justifica las deficiencias y hasta señala culpables. Pero en la práctica casi nada se resuelve.

Deficiencias en los Centros de Salud. Se constata frecuente falta de ética profesional en los trabajadores de salud que se advierte ya en la formación universitaria de los mismos médicos. Se hace de la profesión un medio de lucro.

Las organizaciones de Seguridad Social, abarcan a una mínima parte de la población y con graves deficiencias en la prestación de servicios. Se llegan a extremos en donde solamente el afiliado goce de asistencia y no su familia.

Las corporaciones de beneficencia, se pierden en burocracia y se muestran insuficientes frente a las necesidades mínimas de sus centros.

Aunque existen centros de salud dotados de excelentes medios terapéuticos, la mayoría están en situación penosa y degradante. Especialmente los dedicados a enfermos mentales y ancianos.

La misma política de los países no toma en cuenta en sus presupuestos el reparto adecuado a la salud, que ofrece pocos dividendos a sus pretensiones partidistas, y aconteciendo además que se apoyan programas de Salud que sólo benefician a una minoría (alta investigación, centros pilotos, trasplantes de órganos, etc.) y que significan la inversión de lo poco presupuestado para el sector.

La carrera armamentista consume la mayor parte de los presupuestos nacionales en vez de emplearlos en solucionar problemas vitales (DP 67).

Cuando los centros son particulares, el costo es tan elevado, que a pesar de sus adecuadas condiciones, resultan inaccesibles para la inmensa mayoría (DP 28).

Estos son los grandes síntomas que presenta nuestra América latina y en la cual, nuestro trabajo en favor

de los enfermos, debe ir necesariamente al fondo del origen y raíz de estos males.

Conociendo los síntomas y las raíces profundas de estos hechos, podremos ofrecer un diagnóstico que haga posible el fortalecimiento y superación de nuestro continente enfermo.

LOS RELIGIOSOS CONSAGRADOS AL SERVICIO DEL HOMBRE ENFERMO EN AMERICA LATINA

De Medellín a Puebla

Desde los comienzos de la colonización están presentes los religiosos de salud y son ellos quienes de forma exclusiva se preocupan de todo lo relacionado con los enfermos: hermanos de san Juan de Dios y posteriormente las vicentinas, presentación, etc., y multitud de congregaciones dedicadas a esta misión.

Durante siglos todo era tranquilo y armonioso en este quehacer. Los hospitales ofrecían su atención y posibilidades religiosas, que se valoraban más que un servicio integral a las personas a que tienen derecho.

Las congregaciones de salud, absorbidas por el incesante trabajo y limitación de sus miembros, vamos perdiendo exclusividad en los hospitales, lo que va a conllevar el que el hospital y la preocupación de la salud se secularice, sin asumir un rol iluminador y humanizador frente a esta tarea.

Las consecuencias, las veíamos al describir el cuadro que hoy nos ofrece América latina.

Llegó la Conferencia de Medellín y por las características de nuestro trabajo apostólico y estilos de vida comunitarios, poco llegaron a afectarnos las iluminaciones que brotaron de esta asamblea.

La participación en conferencias, cursos, jornadas sobre las implicaciones del Documento, fue tan escasa, que fue casi nula su influencia y cuestionamiento.

Al carecer de tiempo y no sentirse motivados para la reflexión, hizo que no se pasara de la sorpresa frente a las nuevas opciones que iban tomando otros religiosos en América latina.

Las experiencias comunitarias de inserción, las formas de vida en pequeños grupos, el abandono de colegios dedicados a la gente rica, etc., apenas se recibió más que en su forma y resultados negativos.

La aceptación de un compromiso con los pobres que se marca en las otras congregaciones no hospitalarias, sólo nos lleva a seguir afirmando que para nosotros los pobres son los enfermos.

Ya a partir de 1968 acontece que se cuestiona la presencia de las religiosas en los hospitales del Estado como Comunidades. Sólo son aceptadas por contratos individuales. Esto motiva el que su presencia empiece a ser escasa en los centros de salud públicos. Como consecuencia disminuyen los religiosos trabajando en salud y muy especialmente en las congregaciones dedicadas también a educación-pastoral. En estas congre-

gaciones, la inflación llega hasta casi cesar en este ministerio, con las graves consecuencias que ello significa para la Iglesia, los enfermos y las mismas instituciones.

Siguen manteniéndose los hospitales, clínicas propias, que al haberse fundado mientras se trabajaba con los pobres en las instituciones estatales, nos daba firmeza, la seguridad de que «también los ricos deben ser evangelizados».

Resultado de este proceso: disminución de los consagrados al servicio de los enfermos y la mayoría trabajando en hospitales privados, y sobre todo, pérdida del sentido más pleno de nuestro trabajo: ser defensores del derecho a la salud que tienen todos los hombres.

La falta de identidad de la misión de los religiosos de salud, se acentúa al ser considerados como unos trabajadores más dentro de las estructuras hospitalarias.

Lo que llegó a parecernos exclusivo, se nos dice que no es así, y lo más grave es la identidad que se vivía entre preocupación material por los enfermos y consagración religiosa, ausente la dimensión explícita de la tarea evangelizadora.

Esto llegó a producir serias crisis sobre «el porqué y para qué» de nuestro trabajo con los enfermos, que estamos empezando a superar.

El entorno a Puebla

En los años precedentes a la III Asamblea del Episcopado y por motivaciones nacidas desde las Conferencias Nacionales de Religiosos, se inicia un cuestionamiento y revalorización de las acciones pastorales en favor de los enfermos.

Cierto que para nosotros no son tan marcadas las tendencias que presentará el Documento de Puebla (experiencia de Dios 726 a 729; Comunidad fraterna 730 a 732; opción preferencial por los pobres 733 a 735; e inserción en la Iglesia Particular 736 a 738), pero ya se están celebrando asambleas, cursos y jornadas dedicadas a los Religiosos de Salud.

Se acentúa un proceso de concientización de nuestro rol dentro de la Iglesia. Se empieza a vislumbrar el lugar imprescindible que nos corresponde en la pastoral de conjunto.

Claro que, todo esto sigue siendo minoritario y son pocos los motivados a participar, estudiar y revalorizar la misión de la vida religiosa en el mundo de los enfermos.

Las comunidades hospitalarias, sienten prisa por realizar *las cosas* que hacen las demás comunidades: actividades pastorales, organización de horarios, tiempos de la comunidad, etc.

Estos intentos de copia, que nos entusiasmaron en los primeros momentos y parecían convencernos de nuestra puesta al día en compromisos pastorales (formación, oración, etc.) pronto nos mostraron que al no responder a nuestra identidad, era sólo aparente la adecuada valorización y renovación de nuestro estilo de vida comunitario y apostólico.

Tampoco desde la CLAR habrá un efectivo servicio a los religiosos de la salud, y en los documentos valiosísimos que se publican (La Vida Religiosa según el Espíritu en las Comunidades Religiosas de América Latina, 1975; Vida Religiosa y Compromiso Político, 1976; Pueblo de Dios y Comunidad Liberadora, 1977) hay un predominio de *quehacer liberador*, correspondiente a las corrientes teológicas latino-americanas.

La «teología de la liberación» que empieza a mostrar el camino del pobre para la evangelización, se obsolutiza en un compromiso político que llega a ser absorbente: «los pobres son especialmente, los oprimidos».

Solamente quienes trabajan por su liberación están en línea cristiana. Surgen líderes religiosos comprometidos en el proceso a veces violento de liberación social, y para los religiosos de salud, vuelve a darse un repliegue frustrante en su propio trabajo que no es valorizado y tenido en cuenta.

La gran reflexión que nace motivada por los 20 años de propuestas y respuestas de la CLAR, tampoco tiene en cuenta a los religiosos de salud, aunque ya nuestra voz empieza a cuestionar los informes y escritos sobre la vida religiosa en América latina.

Fruto de estas inquietudes es el intento de elaboración de un documento base sobre la identidad de los religiosos de salud que a partir de 1976 y con los aportes de las comisiones nacionales de salud que ya existen en casi todas las conferencias de religiosos, está preparando la CLAR.

Hay que señalar que para este tiempo, se ha dado un paso importante en los religiosos: su actualización técnica, que aunque no va equiparada con una preparación equivalente religiosa, abre nuevas posibilidades.

También se manifiesta una seguridad en la identidad carismática de su misión, que ayuda frente a crisis la sentida por los dedicados a otras actividades.

Empieza a descubrirse el lugar que nos corresponde y la misión imprescindible como servidores de los hombres que están enfermos.

Nuestra misión, la sentimos que comienza en «la defensa de los derechos humanos» (entre ellos está el de la salud, n.º 25 Declaración Universal) y se hace solidaria con quienes los propugnan. A este propósito nos place recordar aquí por su especial valor, entre la vasta enseñanza sobre la materia, el discurso de Su Santidad Juan Pablo II al Cuerpo Diplomático del 20 de octubre de 1978: «La Santa Sede actúa en esto sabiendo que la libertad, el respeto de la vida y de la dignidad de las personas —que jamás son instrumento— la igualdad de trato, la conciencia profesional en el trabajo y la búsqueda solidaria del bien común, el espíritu de reconciliación, la apertura a los valores espirituales son exigencias fundamentales de la vida armónica en sociedad, del progreso de los ciudadanos y de su civilización» (DP 146), y se continúa en conseguir leyes justas al

(Termina en la página siguiente)

LOS HOSPITALES CATOLICOS EN LA ESPAÑA ACTUAL

MESA REDONDA

Organizado por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria tuvo lugar en Madrid una mesa redonda, con asistencia de 115 participantes de toda España, sobre el tema «*Los Hospitales de la Iglesia en la actual situación socio-política y ante la Reforma Sanitaria*». Intervinieron en la presentación de sus puntos de vista al respecto los señores *Diego Gracia Guillén*, Catedrático de Historia de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; *Antonio Marzal*, escritor y teólogo de Barcelona; *Francisco Abel Fabre*, profesor de Moral de la Facultad de Teología de San Cugat; *Carlos Corral*, Vicedecano de la Facultad de Derecho de la Univer-

(Viene de la página anterior)

sidad Pontificia de Comillas; y *José Manuel Medrano*, Director General de Coordinación de la Secretaría de Estado para la Salud.

respecto (DP 337), aportando nuestro trabajo, tiempo y vida para que «el Evangelio penetre en el corazón, en sus experiencias y modelos de vida, en su cultura y ambientes, para hacer una nueva humanidad con hombres nuevos y encaminar a todos hacia una nueva manera de ser, de juzgar, de vivir y de convivir. Todo esto es un servicio que nos urge» (DP 350).

Hoy asumimos este servicio como algo urgente y que no tiene dilación. Fieles a quienes nos precedieron con su entrega, sacrificio y ciencia en los tiempos pasados, queremos reencontrar nuestro lugar en el quehacer evangelizador de los enfermos.

Queremos ser «servidores de los enfermos», pero también su voz, frente a lo que están necesitando y encuentran tanta resistencia a que se les ofrezca y considere.

Nos encontramos en un momento de madurez en la reflexión teológica y pastoral del servicio a los enfermos.

Estamos caminando en seguro en la definición y concreción de la Pastoral de la Salud, aportando nuestras realizaciones a la comunidad cristiana.

Desde la doctrina presentada como resultado de la III Asamblea del Episcopado en Puebla y la disponibilidad que, hoy se constata en los Religiosos, se prevé un futuro esperanzador de las congregaciones dedicadas al ministerio de los enfermos.

ANGEL PERULAN, O. H.

Tras la exposición de sus respectivas ponencias, se estudiaron por grupos los problemas planteados, manteniendo al final de la Jornada un debate sobre las posibles conclusiones de la misma, que quedaron reducidas a una sola: «la formación de una *comisión restringida*, compuesta por religiosos y ayudada por expertos, como instrumento para aunar esfuerzos, estudiar la problemática de los centros hospitalario-asistenciales de la Iglesia y presentarla a la Conferencia Episcopal y a la Administración españolas».

La presentación corrió a cargo de Rudesindo Delgado Pérez, delegado nacional de Pastoral Sanitaria. Hizo hincapié en las razones por las que se había convocado a todos los centros hospitalarios de la Iglesia. Se trataba de animar y coordinar, de hacer más eficaz el servicio que estas instituciones prestan a la sociedad, especialmente la más débil y enferma.

Con la presentación de cada uno de los ponentes se inició el turno de las breves exposiciones de los mismos, actuando de moderador el padre Francisco Alvarez, provincial de los camilos y miembro del equipo nacional de Pastoral Sanitaria, que cumplió su cometido con una encomiable medida y sentido de las síntesis, sobre todo en las puestas en común.

GRACIA GUILLÉN:
UN VISTAZO A LA HISTORIA

El profesor Gracia Guillén expuso el tema: «*Sentido de los Hospitales y Obras Asistenciales de la Iglesia a la luz de la Historia y dentro del actual contexto socio-político*». Analizó las diversas fases históricas y las respuestas de la Iglesia en cada una de ellas. La asistencia de los cristianos a los enfermos nace del primado de la caridad tal y como lo vivió Jesús, cuya vida se caracteriza por una permanente preocupación por los enfermos. Su asistencia no es técnica, médica, sino más bien humana.

UN VISTAZO A LA HISTORIA

El profesor Gracia Guillén recordó que el primer hospital cristiano se fundó el año 370 en Cesarea por san Basilio. Su hermano, san Gregorio Nacianceno, lo describe con estas palabras: «la enfermedad era allí pacientemente sobrellevada, considerándose venturosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante

LOS HOSPITALES CATOLICOS EN LA ESPAÑA ACTUAL

MESA REDONDA

Organizado por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria tuvo lugar en Madrid una mesa redonda, con asistencia de 115 participantes de toda España, sobre el tema «*Los Hospitales de la Iglesia en la actual situación socio-política y ante la Reforma Sanitaria*». Intervinieron en la presentación de sus puntos de vista al respecto los señores *Diego Gracia Guillén*, Catedrático de Historia de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; *Antonio Marzal*, escritor y teólogo de Barcelona; *Francisco Abel Fabre*, profesor de Moral de la Facultad de Teología de San Cugat; *Carlos Corral*, Vicedecano de la Facultad de Derecho de la Univer-

(Viene de la página anterior)

sidad Pontificia de Comillas; y *José Manuel Medrano*, Director General de Coordinación de la Secretaría de Estado para la Salud.

respecto (DP 337), aportando nuestro trabajo, tiempo y vida para que «el Evangelio penetre en el corazón, en sus experiencias y modelos de vida, en su cultura y ambientes, para hacer una nueva humanidad con hombres nuevos y encaminar a todos hacia una nueva manera de ser, de juzgar, de vivir y de convivir. Todo esto es un servicio que nos urge» (DP 350).

Hoy asumimos este servicio como algo urgente y que no tiene dilación. Fieles a quienes nos precedieron con su entrega, sacrificio y ciencia en los tiempos pasados, queremos reencontrar nuestro lugar en el quehacer evangelizador de los enfermos.

Queremos ser «servidores de los enfermos», pero también su voz, frente a lo que están necesitando y encuentran tanta resistencia a que se les ofrezca y considere.

Nos encontramos en un momento de madurez en la reflexión teológica y pastoral del servicio a los enfermos.

Estamos caminando en seguro en la definición y concreción de la Pastoral de la Salud, aportando nuestras realizaciones a la comunidad cristiana.

Desde la doctrina presentada como resultado de la III Asamblea del Episcopado en Puebla y la disponibilidad que, hoy se constata en los Religiosos, se prevé un futuro esperanzador de las congregaciones dedicadas al ministerio de los enfermos.

ANGEL PERULAN, O. H.

Tras la exposición de sus respectivas ponencias, se estudiaron por grupos los problemas planteados, manteniendo al final de la Jornada un debate sobre las posibles conclusiones de la misma, que quedaron reducidas a una sola: «la formación de una *comisión restringida*, compuesta por religiosos y ayudada por expertos, como instrumento para aunar esfuerzos, estudiar la problemática de los centros hospitalario-asistenciales de la Iglesia y presentarla a la Conferencia Episcopal y a la Administración españolas».

La presentación corrió a cargo de Rudesindo Delgado Pérez, delegado nacional de Pastoral Sanitaria. Hizo hincapié en las razones por las que se había convocado a todos los centros hospitalarios de la Iglesia. Se trataba de animar y coordinar, de hacer más eficaz el servicio que estas instituciones prestan a la sociedad, especialmente la más débil y enferma.

Con la presentación de cada uno de los ponentes se inició el turno de las breves exposiciones de los mismos, actuando de moderador el padre Francisco Alvarez, provincial de los camilos y miembro del equipo nacional de Pastoral Sanitaria, que cumplió su cometido con una encomiable medida y sentido de las síntesis, sobre todo en las puestas en común.

GRACIA GUILLÉN:
UN VISTAZO A LA HISTORIA

El profesor Gracia Guillén expuso el tema: «*Sentido de los Hospitales y Obras Asistenciales de la Iglesia a la luz de la Historia y dentro del actual contexto socio-político*». Analizó las diversas fases históricas y las respuestas de la Iglesia en cada una de ellas. La asistencia de los cristianos a los enfermos nace del primado de la caridad tal y como lo vivió Jesús, cuya vida se caracteriza por una permanente preocupación por los enfermos. Su asistencia no es técnica, médica, sino más bien humana.

UN VISTAZO A LA HISTORIA

El profesor Gracia Guillén recordó que el primer hospital cristiano se fundó el año 370 en Cesarea por san Basilio. Su hermano, san Gregorio Nacianceno, lo describe con estas palabras: «la enfermedad era allí pacientemente sobrellevada, considerándose venturosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante

el sufrimiento ajeno». Tanto en la iglesia primitiva como en estos hospitales, se atendía casi exclusivamente a los cristianos.

En la Edad Media, desde el siglo iv hasta el Renacimiento, la sociedad civil no se ocupa de los hospitales. Son creados por las órdenes e instituciones religiosas (benedictinos, cluniacenses...). En las abadías había el *infirmarium* la enfermería, donde se prestaba asistencia a los monjes enfermos, convalecientes y ancianos, y el *hospitale páuperum*, que tenía como finalidad asistir humana y cristianamente a los caminantes que enfermaban. Se recibía a todo el mundo, sin distinción de creencias.

A partir del Renacimiento cambia el concepto de la *res publica* y el Estado empieza a tomar conciencia de sus obligaciones con respecto a la asistencia a los enfermos. Surgen fundaciones de *hospitales civiles*. Ante la nueva situación, la Iglesia adopta el papel *subsidiario* de acoger y atender a los más pobres, a los que no son atendidos por el poder civil. Y, por otra parte, las órdenes hospitalarias llevan lo cristiano a los hospitales del Estado.

En la segunda mitad del siglo xix y en el siglo xx hemos asistido a una tercera fase. En la revolución francesa, se enuncian los derechos humanos y entre ellos aparece el derecho a la asistencia médica. Este derecho es un derecho que tiene que ejercitar el Estado. A partir de 1880 aparecerán los sistemas *colectivistas* de la asistencia médica. Si el derecho es universal, la planificación por parte del Estado debe ser generalizada. Por otra parte, en el siglo xx tiene lugar la tecnificación de la asistencia sanitaria. Todo esto plantea a la Iglesia y a sus Instituciones graves interrogantes: 1) ¿Cuál es el Estatuto de un hospital privado, confesional, en este tercer momento? 2) ¿Cuál debe ser el modo específico de la presencia de la Iglesia en los hospitales civiles, en este tercer momento? «La respuesta —terminó diciendo Gracia Guillén— no debe hacerse recordando tiempos pasados y queriendo justificar posturas en modelos que están históricamente periclitados».

ANTONIO MARZAL:

LA IGLESIA TIENE UN «ROL»,
PERO DESDE LA CULTURA DE HOY

Antonio Marzal enlazó con la última fase analizada por el profesor Gracia Guillén, observando que existía una cierta interpretación de funciones entre lo técnico de los hospitales modernos y el *alma cristiana* que se había imprimido a las actividades hospitalarias. La pregunta del sentido del hospital católico es seria y grave. Nos la hacemos desde una realidad, la existencia de hospitales católicos, y en un contexto concreto, en una sociedad secularizada, autónoma en el pensar y en el decir. Una sociedad que ya no hace referencias a los absolutos impuestos. Una sociedad con pretensiones de *totalidad*. Marzal empieza a responder a la pregunta

planteada: «No sé si tiene sentido tener hoy un Hospital Católico en España». Para añadir: «Me extraña más el tipo de respuestas concretas que se dan a esta pregunta. Porque lo que es claro es que si alguna vez tuvo sentido tener un hospital católico, es ahora». A partir de aquí, Antonio Marzal se siente obligado a hacer unas reflexiones sobre el franquismo: «Hay que referirse al franquismo. Cuando en España sólo había una palabra —Franco— la Iglesia estaba en todos los sitios. Cuando España ha tenido que recuperar su palabra, cada uno tiene que decir lo que piensa. Pues bien, ahora la Iglesia se refugia en el silencio, por una especie de complejo freudiano». Hoy, cuando muchos piden a la Iglesia que *se retire*, que *dimita*, Marzal considera que la Iglesia no debe dimitir. No hemos asumido nuestro reciente pasado. Un pasado que tuvo tres etapas: el *nacionalcatolicismo* (conciencia falsa e idolátrica de una Iglesia triunfante). Iglesia *contestataria* (que activamente quiere ser una Iglesia militante). La contestación política de la Iglesia vino a ser una confusión entre lo político militante y lo cristiano militante. Y una tercera etapa caracterizada por una conciencia militante rápidamente enfriada, que ha llevado al silencio, a la dimisión, a la privatización. Ahora, cuando por la ley de la democracia, cada uno debe asumir su palabra, algunos quieren para la Iglesia el silencio. Marzal planteó una serie de respuestas posibles: la *nostalgia* (hacer las cosas como antes); el *progresismo falso* (correr por delante de los problemas). Ambas son coincidentes, porque tienen de común el dar una respuesta exaltante en la que pueda uno afirmarse como el *cristiano de verdad*. El cristiano tiene una palabra sobre la existencia, el sentido de la vida y de la muerte. Y debe *decirla desde la cultura de hoy*, que es una cultura de *la organización*, y a través de la *mediación política*. Los proyectos de uno, en un mundo plural, nunca se expresan en sí, se expresan frente a otros proyectos. Desde ahí debería darse la respuesta a la pregunta del sentido del Hospital Católico.

ABEL FABRE:

LA ETICA NO ES EXCLUSIVA
DEL HOSPITAL CATOLICO

En la encrucijada histórica actual de nuestro país, la existencia del Hospital Católico tiene una auténtica función. Según Abel Fabre, su función es la de dar una palabra que sea interrogación, aceptación del desafío de ver quién puede respetar más y mejor la dignidad de la persona. Esta palabra ha de ser creativa y debe expresarse individual e institucionalmente. El Hospital Católico se justifica en la medida en que juegue dentro del pluralismo, mantenga su propia identidad y defienda y promocióne los valores específicamente cristianos. Abel Fabre habló de la necesidad de elaborar un Código de Etica del Hospital Católico, teniendo en

cuenta que no es exclusivo de él. Expuso los diversos objetivos con que se puede ofrecer un Código de ética: establecer las convicciones comunes de los católicos bien informados (médicos, moralistas, pacientes, personal sanitario) y ofrecer criterios de acción en aquellas cuestiones conflictivas donde personas igualmente sinceras tienen diferente opinión; ofrecer directrices para la reflexión entre médico y paciente, sin imponer decisiones uniformes en casos concretos; obligar a observar una serie de prohibiciones o prohibir sólo aquello que es moralmente inaceptable para todos en todas las partes; ser un directorio pragmático para evitar problemas con la ley civil; ofrecer una visión profética que abra horizontes y promueva un discernimiento espiritual maduro. Este último objetivo es el ideal. En estos momentos, dijo, un Código de Ética para un Hospital Católico habría de estar fundamentado en unos mínimos en cuanto a prohibiciones, dar un amplio margen para áreas donde hay diferentes criterios entre católicos y no católicos, distinguirse por su labor educativa y proyección social. Las áreas más conflictivas serían las de la reproducción y las referentes al tratamiento del moribundo. Los mínimos, para Abel Fabre, serían: defensa de todo aquello que representa justicia social a nivel de estructura, defensa de la vida y prohibición del aborto, colaboración amplia en el terreno de la contracepción, prohibición de la inseminación heteróloga. Todos los demás aspectos que hacen referencia a la ética médica hospitalaria han sido tratados, y bien tratados, por los distintos Códigos de Deontología Médica de los Colegios Médicos de nuestro país. Finalmente subrayó que la presencia institucional no basta si no existe un compromiso personal auténtico de todos los miembros de la institución hospitalaria.

P. CORRAL:

DERECHO DE LA IGLESIA A SUS INSTITUCIONES PROPIAS

El P. Corral analizó el tema de los Centros Hospitalario-Asistenciales de la Iglesia en los Acuerdos Iglesia-Estado. El artículo 5 del Acuerdo Jurídico señala que la Iglesia puede llevar a cabo por sí misma actividades de carácter benéfico o asistencial, con criterios de cooperación con el Estado. Este soporte jurídico confirma el derecho de la Iglesia a tener sus propias instituciones, pero ello ha de concretarse en una reglamentación que contemple aspectos tales como la autonomía y el régimen interno y externo de tales instituciones y su financiación por parte de la administración pública. Los presupuestos desde los que la Iglesia puede llevar a cabo su misión serán el de su acción benéfica y los que presenten las nuevas formas de marginación del mundo de hoy, que exigen la participación y ayuda de todos. El P. Corral condenó tanto el abstencionismo del Estado como su tendencia estatalizadora al respecto. Recordó

que el Consejo de Europa y la Comunidad Económica Europea —a la que España aspira— defienden el derecho de los ciudadanos a la iniciativa privada, entendida como no estatal ni pública. Recordó también al respecto las palabras de Juan Pablo II al 29 Congreso Nacional de Estudios de la Unión de Juristas Católicos Italianos el 25 de noviembre de 1978: «El Papa no puede permanecer ajeno a estas preocupaciones que afectan a la posibilidad misma para la Iglesia de desarrollar su misión de caridad y que afectan también a la libertad de los católicos y de todos los ciudadanos».

Terminó diciendo que en el caso de que permanezcan los Hospitales Católicos en nuestra sociedad, deberán regirse internamente por sus propias normas estatutarias, con la protección del Estado, pero evitando toda clase de privilegios. Es decir, una protección del Estado en razón de la asistencia benéfica, del servicio que prestan, no para tapar posibles injusticias.

J. M. MEDRANO:

LA VOZ DE LA REFORMA SANITARIA DEL GOBIERNO

El turno de las exposiciones de los invitados a esta mesa redonda concluyó con la del Director General de Coordinación de la Secretaría de Estado para la Salud, José M. Medrano. «*Implicaciones de la Reforma Sanitaria de cara a los Centros Hospitalario-Asistenciales de la Iglesia*», fue su tema. Expuso las líneas generales de la Reforma Sanitaria, actualmente en las Cortes. Hizo especial hincapié en los principios de solidaridad, regionalización y descentralización y los diferentes niveles de la asistencia. Según estos principios —dijo Medrano— la iniciativa de la Iglesia no sólo no queda descartada, sino que tiene su papel, en una sociedad libre occidental. Finalmente, en su breve intervención, señaló que, teniendo en cuenta que aún no está realizada la Reforma Sanitaria, los puntos en el aire son: la financiación, la autonomía y la participación en la gestión hospitalaria.

El señor Medrano señaló que es, sobre todo, en los niveles primario y secundario de la asistencia donde la Iglesia tiene un mayor y más adecuado campo para realizar su misión, ya que allí es, precisamente, donde los enfermos son más numerosos y están peor atendidos. Expresó su acuerdo con el señor Gracia Guillén respecto a algunas marginaciones donde la Iglesia puede ejercer su misión con mayor sentido: ancianos, disminuidos físicos y psíquicos, enfermos crónicos, drogadictos y otras clases contemporáneas de marginados sociales.

El señor Medrano fue el destinatario principal de las muchas preguntas que los asistentes plantearon a la mesa. El señor Medrano reconoció la ignorancia activa que los órganos responsables habían tenido en el pasado en relación a la Ley de Bases de la Asistencia Sanitaria de 1944, y los fallos habidos en las leyes y normas de

coordinación hospitalaria. «Cada Centro iba a su avío, muy celoso de su independencia *legal*», dijo. Opinó que la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad «había enturbiado el sistema», y que a finales de los años 60 «se hacía necesaria la Reforma porque aquello era un caos». El señor Medrano hizo también una síntesis de las críticas lanzadas a la Reforma del Gobierno, defendiéndola a continuación. Al final de su intervención reiteraría el papel de la Iglesia en la actual Reforma, pero insistiendo en que el punto «menos claro» de la intervención de la Iglesia en los Centros Hospitalarios es el de la «forma de financiación».

LA VOZ DEL PUEBLO

Por supuesto, los 115 asistentes a esta interesante mesa redonda tuvieron también su momento de intervenir. Propusieron a los ponentes una serie de preguntas, que en parte han quedado recogidas en las líneas anteriores. La insistencia en definirse sobre si eran o no necesarios hoy los hospitales propiamente «católicos» (entendidos como *propiedad* de la Iglesia Católica Española), dio ocasión al profesor Gracia Guillén a manifestar su parecer tajantemente: «No es necesario que haya Hospitales Católicos, y en muchos casos no es ni conveniente. ¿No ha llegado la hora de que la Iglesia se deshospitalece y se dedique a los niveles *primarios* de la asistencia? Los hospitales *privados* son hospitales para ricos, y los hospitales de la Iglesia son, en el fondo, privados». Uno de los asistentes, el señor Vilella Figueras, gerente del Instituto Pedro Mata de Reus, demostró con números que los hospitales de la Iglesia «están marginados», que la Iglesia había perdido, desde 1973, poder adquisitivo, y que la Administración no reparte equitativamente los fondos. Pero también dijo que «como laico católico quisiera que la Iglesia pagara impuestos, para que nadie pudiera decir que la Iglesia no paga».

En efecto, la Iglesia tiene 16 545 camas, distribuidas por 76 hospitales a lo largo del país. De ellos más de la mitad atendidos por religiosas. La crisis actual, no parece tener solamente raíces económicas —que la tiene, y grave, por exigencias de los tiempos— sino también basadas en el cuestionamiento de la *identidad* de estos centros. La puesta en común del trabajo en grupos, especificó claramente esta clase de problemas: identidad, inseguridad ante el futuro, deterioro de la imagen de los centros hospitalarios de la Iglesia a causa de abusos de algunos facultativos, falta de coordinación de los centros, problemas nuevos planteados a raíz de la secularización de la vida y la planificación familiar, pobreza de medios técnicos y dificultad para mantener la calidad exigida.

Como contrapartida, se afirmó también que los hospitales seguirán teniendo sentido si dan testimonio, si cumplen la justicia social, si mantienen el carisma propio de la congregación responsable, si salvan la ética católica, si son cauce de justicia y caridad.

De las muchas conclusiones propuestas por los grupos, la asamblea, tras largo debate, aprobó la de formar una comisión restringida de hospitales de la Iglesia que ayudada por expertos estudie la problemática de los mismos y la eleve a la Conferencia Episcopal y a la Administración Pública.

Con ello tuvo fin esta mesa redonda, a la que se convocó a todos los centros hospitalarios de la Iglesia, y que tenía como objetivos expresos los que señalaba una de las hojas de trabajo: «Por una actividad asistencial de la Iglesia a través de sus instituciones propias, que responda a verdaderas necesidades sociales, acentúe la dimensión humana y ética de la asistencia, sea un lugar adecuado de encuentro humano y cristiano y se integre dentro de los planes sanitarios».

LOS PUNTOS DE UN DEBATE

Como siempre en unas jornadas apretadas, al final se acumulan los temas que todos hubieran querido discutir más ampliamente. Se recogen aquí, en atención a los participantes, aquellos problemas que se suscitaron en público aunque, por la premura del tiempo, no tuvieron más lugar que el ser puestos sobre la mesa.

Aparte de los ya citados —identidad, inseguridad ante el futuro, cuestiones económicas, falta de coordinación y problemas morales— hubo otro cúmulo de planteamientos que, por su interés, reproducimos: se insistió en algunos grupos en la necesidad de un *ideario propio* de los centros hospitalarios de la Iglesia; se echó en falta un mayor conocimiento de la doctrina social de la Iglesia y su aplicación al respecto; se anotó la disparidad de criterios, objetivos y la falta de comunicación entre los diversos hospitales de la Iglesia, por lo que algunos pidieron se crease una delegación de prensa y de relaciones públicas; se acusó la marginación por parte del Estado de centros especiales como los Psiquiátricos y los de Deficientes Mentales; se reconoció, por otra parte, la gran desconexión existente con la Administración; y también el desconocimiento práctico de la legislación sanitaria, ya que se dijo se mueven las altas instancias cuando hay dificultades de tipo económico. Se insistió en la falta de preparación para dirigir y administrar y para conectar con la realidad sociológica del país.

Se apuntaron también los aspectos positivos y se sostuvo que los hospitales de la Iglesia tienen sentido todavía si son signos de la presencia cristiana, si ofrecen una respuesta adecuada a los más marginados, si defienden los derechos humanos, la justicia social, la caridad ante todo.

Se aprobó la conclusión de constituir una comisión restringida que ayudada por expertos estudie la problemática y la eleve al Episcopado y a la Administración del Estado.

RAFAEL PLAZA

Noticiario

Hospitales

BARCELONA

CURSO DE ADMINISTRACION DE ENFERMERIA

La escuela de enfermería del hospital San Juan de Dios inició un curso de administración de enfermería, el pasado mes de octubre. El curso durará hasta junio.

SEMINARIO SOBRE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS

Los delegados de las diócesis de Cataluña han organizado un seminario sobre los derechos de los enfermos. El programa se desarrolló los días 1, 2 y 3 de diciembre. Los temas desarrollados y los profesores que impartieron las lecciones, fueron estos:

El derecho a la salud en los programas de actuación sanitaria; Srta. Elvira Guilera, Directora General de Asistencia Sanitaria.

Los derechos del enfermo y la organización del hospital; Dr. Miguel A. Asenjo, Director Técnico del Hospital Clínico.

Promoción de la salud: Importancia de la educación sanitaria; Dr. Elías Vallina, Pediatra.

Los profesionales sanitarios al servicio de la salud. D. Fidel Delgado, Psicólogo.

Visión antropológica del hombre enfermo; D. Mariano Galve, Psicólogo.

Información al enfermo y la familia; D. Fidel Delgado, Psicólogo.

MESAS REDONDAS

Derecho fundamental a la asistencia religiosa; Coordinador: Presidente de la Asociación para el Desarrollo Hospitalario.

La formación básica y continuada de los profesionales de la salud para una asistencia integral; D. Cecilio Eserverri y Antonio Marset, Director y Secretario General de Enfer-

mería, respectivamente, del Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Necesidades básicas de los enfermos terminales y asistencia integral; Coordinador: Presidente de la Unión de Hospitales de Cataluña y Baleares.

Cómo pueden protegerse los derechos del enfermo; Dr. Francisco Abel, Médico y profesor de Teología de la Facultad de San Cugat.

Clausura y entrega de diplomas: Dr. Joaquín Plaza, Director Médico del Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

SEMINARIOS 1980-81

Durante el curso 1980-81, tendrán lugar en el auditorio del hospital San Juan de Dios los siguientes seminarios:

15-11-80	9-13,30	Investigación en Enfermería J. Muñoz
29-11-80	9-12	Valores éticos en Enfermería Dr. F. Abel
13-12-80	10-13	Admisión de Enfermos M. Maroto
17-01-81	10-13	Voluntariado Hospitalario M. ^a Dolores Vázquez
14-02-81	10-12	Historias Clínicas Dr. J. Plaza
14-03-81	10-12	Mantenimiento Sr. J. P. Fernández
25-04-81	9-12	Relación interdepartamental Mesa Redonda
16-05-81	9-12	Asistencia integral C. Eserverri

BRASIL

ANECDOTAS DEL VIAJE DEL PAPA

Ficha médica singular en La Aparecida

Entre las curiosidades que existen en La Aparecida do Norte figura, de ahora en adelante, la ficha de la atención

médica a un ilustre paciente, Karol Wojtyla —Su Santidad Juan Pablo II—. El Santo Padre, durante un intermedio en los actos de la visita al santuario de La Aparecida (a 160 kilómetros de Sao Paulo), sintió irritación en los ojos, solicitó atención médica, y un doctor y un ayudante de medicina que acudieron con presteza se la prestaron de inmediato. Tras llevar a cabo el examen y la aplicación de un colirio en los ojos del Santo Padre, en la oficina del servicio ha quedado una ficha entre las miles existentes, que ya tiene un valor histórico y que dice: Nombre del paciente, Karol Wojtyla; edad, sesenta y seis años; procedencia, Vaticano; diagnóstico, conjuntivitis; medicamento aplicado, colirio de cloranfenicol.

EL BOE INFORMA

LOS ATS MASCULINOS Y LA ESPECIALIDAD OBSTETRICA

Por Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete se estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos, en una época que destacaba por una clara diferenciación en las Escuelas que impartían las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, según admitiesen a alumnado masculino o femenino.

No obstante, esta diferenciación ya ha sido superada y por Real Decreto dos mil ochocientos setenta y nueve/mil novecientos setenta y seis, de treinta de octubre, a partir del año académico mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios admitieron indistintamente alumnado de uno y otro sexo.

Siguiendo esta línea y lo mismo que sucede con otras especialidades de estos estudios, tanto por razones de carácter económico, en aras a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles como por razones de orden político, pues no cabe olvidar el precepto constitucional que sanciona la no discriminación por razones de sexo, parece llegado el momento de ampliar a los Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos la posibilidad de especializarse en Asistencia Obstétrica.

En su virtud, previo informe de la Junta Nacional de Universidades, a propuesta del Ministro de Universidades e Investigación y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintiséis de septiembre de mil novecientos ochenta,

DISPONGO:

Artículo primero. Los Ayudantes Técnicos Sanitarios, tanto masculinos como femeninos, podrán cursar la especialización de Asistencia Obstétrica establecida por el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete, y obtener el diploma correspondiente, quedando suprimida la limitación por razón del sexo en él contenida.

Artículo segundo. No será obligatorio para el alumnado, tanto masculino como femenino, seguir las enseñanzas en régimen de internado.

Artículo tercero. El Ministerio de Universidades e Investigación expedirá a quienes superen las pruebas finales de esta especialización el diploma de Asistencia Obstétrica, equivalente al de Matrona, denominación tradicional que

podrá seguir utilizándose profesionalmente de forma indistinta.

Artículo cuarto. Las Escuelas que tengan implantada la especialidad de Asistencia Obstétrica admitirán a partir del curso mil novecientos ochenta-ocho y uno alumnado masculino y femenino indistintamente.

Artículo quinto. Queda derogado el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete en cuanto se oponga a lo dispuesto en este Real Decreto.

Dado en Madrid a veintiséis de septiembre de mil novecientos ochenta.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Universidades e Investigación,
LUIS GONZÁLEZ SEARA

Pastoral

ZAPOPAN

IV JORNADAS DE PASTORAL DE SALUD

Monseñor Antonio Sahagún, obispo auxiliar de Guadalajara, México, llevó a cabo la apertura de las IV Jornadas de Pastoral de Salud. Estas Jornadas coinciden con el año jubilar que marca los 75 años de la fundación del hospital de Zapopan, Jalisco. El lugar de la celebración fue el mismo hospital San Juan de Dios que tantas veces ha abierto sus puertas para congresos, asambleas, encuentros y toda clase de eventos que tienen como fin elevar la cultura y promover, mejorar y actualizar las disciplinas en el campo hospitalario y médico-asistencial.

La organización de estas Jornadas estuvo a cargo de la Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas (FREM) y equipo de Pastoral de Salud de la archidiócesis de Guadalajara. La asistencia fue de 463 personas pertenecientes a 7 Estados de la República, entre ellas enfermeras religiosas, enfermeras civiles de varias instituciones, capellanes, seminaristas, médicos, maestras y alumnas de 4 escuelas de Enfermería. Participaron las novicias de varios institutos religiosos que pusieron su nota de alegría y fervor por su colaboración activa y entusiasta en los equipos de liturgia y ambientación.

Después de la solemne apertura el Primer Panel fue expuesto por los sacerdotes: Juan Sandoval, José G. Martín Rábago y Jesús Haro, rector y maestros del Seminario de Guadalajara, respectivamente. Los temas fueron:

- Servicio Liberador de Cristo.
- La Iglesia frente al Sufrimiento.
- Antropología de la Enfermedad.

El padre Sandoval nos presenta a Cristo empeñado en la liberación del hombre como se nos manifiesta en la Sagrada Escritura, ya que los Evangelios están llenos de las acciones liberadoras del Señor: curaciones, resurrección de muertos, perdón y consuelo de pecadores y afli-

médica a un ilustre paciente, Karol Wojtyla —Su Santidad Juan Pablo II—. El Santo Padre, durante un intermedio en los actos de la visita al santuario de La Aparecida (a 160 kilómetros de Sao Paulo), sintió irritación en los ojos, solicitó atención médica, y un doctor y un ayudante de medicina que acudieron con presteza se la prestaron de inmediato. Tras llevar a cabo el examen y la aplicación de un colirio en los ojos del Santo Padre, en la oficina del servicio ha quedado una ficha entre las miles existentes, que ya tiene un valor histórico y que dice: Nombre del paciente, Karol Wojtyla; edad, sesenta y seis años; procedencia, Vaticano; diagnóstico, conjuntivitis; medicamento aplicado, colirio de cloranfenicol.

EL BOE INFORMA

LOS ATS MASCULINOS Y LA ESPECIALIDAD OBSTETRICA

Por Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete se estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos, en una época que destacaba por una clara diferenciación en las Escuelas que impartían las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, según admitiesen a alumnado masculino o femenino.

No obstante, esta diferenciación ya ha sido superada y por Real Decreto dos mil ochocientos setenta y nueve/mil novecientos setenta y seis, de treinta de octubre, a partir del año académico mil novecientos setenta y siete-setenta y ocho las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios admitieron indistintamente alumnado de uno y otro sexo.

Siguiendo esta línea y lo mismo que sucede con otras especialidades de estos estudios, tanto por razones de carácter económico, en aras a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles como por razones de orden político, pues no cabe olvidar el precepto constitucional que sanciona la no discriminación por razones de sexo, parece llegado el momento de ampliar a los Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos la posibilidad de especializarse en Asistencia Obstétrica.

En su virtud, previo informe de la Junta Nacional de Universidades, a propuesta del Ministro de Universidades e Investigación y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintiséis de septiembre de mil novecientos ochenta,

DISPONGO:

Artículo primero. Los Ayudantes Técnicos Sanitarios, tanto masculinos como femeninos, podrán cursar la especialización de Asistencia Obstétrica establecida por el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete, y obtener el diploma correspondiente, quedando suprimida la limitación por razón del sexo en él contenida.

Artículo segundo. No será obligatorio para el alumnado, tanto masculino como femenino, seguir las enseñanzas en régimen de internado.

Artículo tercero. El Ministerio de Universidades e Investigación expedirá a quienes superen las pruebas finales de esta especialización el diploma de Asistencia Obstétrica, equivalente al de Matrona, denominación tradicional que

podrá seguir utilizándose profesionalmente de forma indistinta.

Artículo cuarto. Las Escuelas que tengan implantada la especialidad de Asistencia Obstétrica admitirán a partir del curso mil novecientos ochenta-ocho y uno alumnado masculino y femenino indistintamente.

Artículo quinto. Queda derogado el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete en cuanto se oponga a lo dispuesto en este Real Decreto.

Dado en Madrid a veintiséis de septiembre de mil novecientos ochenta.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Universidades e Investigación,
LUIS GONZÁLEZ SEARA

Pastoral

ZAPOPAN

IV JORNADAS DE PASTORAL DE SALUD

Monseñor Antonio Sahagún, obispo auxiliar de Guadalajara, México, llevó a cabo la apertura de las IV Jornadas de Pastoral de Salud. Estas Jornadas coinciden con el año jubilar que marca los 75 años de la fundación del hospital de Zapopan, Jalisco. El lugar de la celebración fue el mismo hospital San Juan de Dios que tantas veces ha abierto sus puertas para congresos, asambleas, encuentros y toda clase de eventos que tienen como fin elevar la cultura y promover, mejorar y actualizar las disciplinas en el campo hospitalario y médico-asistencial.

La organización de estas Jornadas estuvo a cargo de la Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas (FREM) y equipo de Pastoral de Salud de la archidiócesis de Guadalajara. La asistencia fue de 463 personas pertenecientes a 7 Estados de la República, entre ellas enfermeras religiosas, enfermeras civiles de varias instituciones, capellanes, seminaristas, médicos, maestras y alumnas de 4 escuelas de Enfermería. Participaron las novicias de varios institutos religiosos que pusieron su nota de alegría y fervor por su colaboración activa y entusiasta en los equipos de liturgia y ambientación.

Después de la solemne apertura el Primer Panel fue expuesto por los sacerdotes: Juan Sandoval, José G. Martín Rábago y Jesús Haro, rector y maestros del Seminario de Guadalajara, respectivamente. Los temas fueron:

- Servicio Liberador de Cristo.
- La Iglesia frente al Sufrimiento.
- Antropología de la Enfermedad.

El padre Sandoval nos presenta a Cristo empeñado en la liberación del hombre como se nos manifiesta en la Sagrada Escritura, ya que los Evangelios están llenos de las acciones liberadoras del Señor: curaciones, resurrección de muertos, perdón y consuelo de pecadores y afli-

gidos. Todas estas obras son señales de la presencia de Dios en el mundo que ayudan a nuestra fe, pero la obra de la redención mediante la muerte de Cristo que destruyó el pecado reconciliándonos con Dios y aboliendo así la causa universal de todos los males y esclavitudes, es la obra por excelencia de la liberación de Cristo. Puntualiza el padre Sandoval cómo la liberación de Cristo es ante todo una obra de dignificación del hombre a partir del misterio de la Encarnación y se proyecta hacia un destino ultramundano. Esta liberación exige fe en Cristo como Hijo de Dios y el Señor del universo, un seguimiento radical de su persona. Pero también es una empresa de creyentes que luchan contra el mal en todas sus formas y en la cual todos estamos seriamente obligados si es que en verdad queremos ser discípulos del Señor. Por eso los obispos reunidos en Puebla no escatiman a Cristo el título de «Liberador» y lo nombran «Señor de la Historia» e inspirador de un cambio social profundo y urgente en nuestro continente latinoamericano oprimido por el hambre, la ignorancia, las enfermedades, marginación de indígenas y campesinos; la falta de voz y voto de las mayorías, las escandalosas desigualdades, la dependencia externa cultural, política y económica» (P. 174-270-271).

El padre Martín Rábago nos habla de cómo la Iglesia prolonga en el tiempo la obra de Cristo, al mismo tiempo que es instrumento de liberación, ofreciendo el único poder que le ha sido confiado: el Evangelio (P. 1145). La Iglesia lucha contra las raíces del sufrimiento cuando evangeliza y constituye un estilo nuevo de relaciones de los hombres entre sí y consigo mismo, cuando anuncia el respeto a la persona que lleva a tomarla siempre como fin, nunca como medio; cuando nos ofrece un modelo de realización humana en la que el hombre vale por lo que es y no por lo que tiene. Cuando en actitud profética denuncia todas las violaciones a los derechos humanos (P. 350).

Pero la Iglesia no será instrumento eficaz en su lucha contra el sufrimiento si ella misma no se convierte en signo visible y creíble del Cristo que en ella se perpetúa y encarna. Cristo presentó su dedicación al servicio de los que sufrían en su tiempo haciéndola bien visible, transparente y encarnada, fácil de percibir por todos. La Iglesia tiene la gran misión de continuar en el tiempo ese gran signo de solidaridad de Dios con los pobres y con los que sufren, los hombres lo exigen como garantía de autenticidad.

Los hospitales católicos son lugares privilegiados para expresar esa presencia de encarnación en beneficio de los más *pequeños*. Los hospitales serán verdaderamente ese signo claro si los pacientes que se llegan a ellos experimentan la presencia de Cristo que a través de todo el personal se acerca hasta ellos y se interesa por cada uno como persona que necesita cariño, comprensión y cuidados especiales; si los hospitales dan la imagen de un servicio verdaderamente preferente a los más necesitados; si no se justifica con artificios lo que los hombres no pueden comprender y sienten como escándalo. Sólo de esta forma los hospitales podrán ser signo de encarnación de Aquel «que no vino a ser servido, sino a servir y a dar su vida en rescate de muchos».

El padre Jesús Haro en su tema «La antropología de la enfermedad», comienza exponiendo las diferentes concepciones que se tienen del hombre, para llegar a la concepción que tiene la Iglesia de este hombre redimido por

Cristo y llamado a participar de la vida de Dios. «Sólo en Cristo se revela la verdadera grandeza del hombre y sólo en él es plenamente conocida su realidad más íntima... porque el propio Hijo de Dios quiso compartir con él las alegrías, los trabajos y los sufrimientos de esta vida y la herencia de una vida futura» (P. 169). Así Cristo no sólo es el camino para ir al Padre, sino también como dice el Papa Juan Pablo II «es también el camino hacia el hombre, es el camino que conduce de Cristo al hombre» (R.H. 13). Si Cristo es el camino para conocer la grandeza del hombre, y la Iglesia es el sacramento de Cristo, esto quiere decir, que los caminos de la Iglesia son caminos que conducen al hombre.

La Iglesia no puede permanecer indiferente frente al hombre y abandonarlo a su suerte, es decir, a su vida, a su enfermedad, a su muerte. En este sentido dice Juan Pablo II «Este hombre es el primer camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión, es él el camino trazado por el mismo Cristo» (R.H. 14). Siendo pues este hombre el camino de la Iglesia, camino de su vida y de su experiencia cotidiana, de su misión y de su fatiga, la Iglesia de nuestro tiempo debe ser consciente de todo lo que al esfuerzo humano parece ser contrario, para que la «vida humana sea cada vez más humana» (R.H. 10).

Después de estas exposiciones tuvimos un descanso para volver a la Asamblea general donde se tuvieron interesantes comentarios. A las 13,45 la dirección del hospital y en sus bonitos jardines nos obsequió con una espléndida comida. Convivencia fraternal, donde no faltó la pachanga y la alegría de todos.

A las 16 reanudamos nuestros trabajos con el segundo Panel desarrollado por los doctores: José Luis Ibarrarán Stornm, Director del hospital San Juan de Dios, Evelia Mora Medina y Ricardo Híjar Rodríguez. El tema fue: «Situación socio-política y económica de América latina». Plantearon la problemática como una realidad indiscutible, algunos caminos de solución y desde luego nos invitaron a no quedarnos solamente con la mera información, sino que estas inquietantes situaciones nos han de llevar a un análisis más profundo, hasta llegar a vibrar con los problemas que el hombre vive, sufre y padece, ya que de otra manera no se podría llevar a cabo una verdadera evangelización. En extracto empiezan los expositores diciendo:

El hambre. Miles de hombres, mujeres y niños mueren de hambre cada día, millones cada año. Uno de cada cinco habitantes del planeta sufre desnutrición o está en peligro de fallecer por inanición. Hasta el momento nadie ha podido impedir que este terrible azote reine. El hambre, está vinculada en forma estrecha con la explosión demográfica. Sin embargo, la solución no podría encontrarse en el control demográfico. Una solución más real consistiría en el incremento de la producción de alimentos y la justa repartición de estos. Así como una explotación más racional de los recursos naturales a disposición del hombre. Pero la verdad es que sólo dejando a un lado nuestro egoísmo podremos combatir todos juntos el hambre en nuestros pueblos. La pregunta sigue planteándose: ¿Por qué somos tan indiferentes? ¿Por qué nos importa tan poco el hambre de los demás? Ante esta realidad es necesario que todos los cristianos tomemos conciencia, no solamente como mera información, sino como vivencia y

solidaridad para unir nuestros esfuerzos y así tratar conjuntamente de mejorar esta situación. Pero, nuestro compromiso cristiano tiene que «ser fruto de una auténtica meditación de la Palabra de Dios y de un verdadero compromiso evangélico» (Juan Pablo II, Discurso de apertura en Puebla). En América latina existen índices alarmantes de pobreza, insalubridad y aun miseria, ignorancia y analfabetismo. Condiciones inhumanas de vivienda, subalimentación crónica, y otras tantas realidades no menos tristes (Juan Pablo II en Puebla).

La violencia. No solamente el hambre es una preocupación para nosotros. Es quizá motivo de análisis más profundo lo que se ha dado en llamar el mal del siglo xx y es la *Violencia*. La violencia se manifiesta bajo diferentes formas y con muy diversos matices, es en la vida social del hombre en donde quizá la existencia de la violencia sea más reprobable. Sirviendo no como medio de subsistencia sino más bien de exterminio. Resulta curioso observar que nuestra sociedad ha engendrado y propiciado determinado tipo de violencia, pero ella misma contradictoriamente ha creado métodos para reprimirla y castigarla. Lo cual nos lleva a concluir que, por lo menos, en cierta medida, la sociedad es la principal causante de la presencia de situaciones violentas. Las desiguales condiciones sociales en que llega a vivir el hombre lo hacen un ser violento. La violencia afecta a la salud, no solamente física, sino también la mental y nos daña en lo que corresponde a nuestra salud moral.

Si la Iglesia se hace presente en la defensa o en la promoción de la dignidad del hombre, lo hace en la línea de su misión, que aun siendo de carácter religioso, y no político, no puede menos que considerar al hombre en la integridad de su ser.

La Familia. La familia, nos dice Puebla, es imagen de Dios que en su misterio más íntimo no es una soledad sino familia (Juan Pablo II). Para entender qué es la familia, tendremos que decir que una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre de participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, la ciudad, etc., ya que todos ellos requieren del complemento de la conducta de otros individuos. Es por medio de esa permanente interrelación como vamos obteniendo las satisfacciones que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como núcleo primario y fundamental para proveer satisfacción a las necesidades básicas del hombre, y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente, deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo. La familia es la escuela del amor, del conocimiento de Dios, del respeto a la vida y a la dignidad del hombre.

También la familia parece como víctima de estructuras injustas, sobre todo los medios de comunicación, no sólo con sus mensajes de sexo, lucro, violencia, poder, ostentación, sino también destacando lo que contribuye a pro-

pagar el divorcio, la infidelidad conyugal, y el aborto, así como la aceptación del amor libre (D.P. 573). La familia sufre el impacto de la pornografía, el alcoholismo, las drogas, la prostitución, niños abandonados, etc. Al hacer una reflexión de los problemas antes mencionados nos encontramos con una sociedad injusta; sociedad de la cual todos somos responsables en alguna medida; de la cual no podemos eludir nuestra responsabilidad en el área de la salud y ser factores de cambio con las generaciones en desarrollo y las venideras.

Después de esta exposición tuvimos un descanso para continuar con la Asamblea General y las preguntas y cuestiones aclaratorias, que por cierto abundaron muchísimo. A las 20 horas dimos por terminados nuestros trabajos del día con un canto de acción de gracias al Señor.

A las 9,30 del siguiente día iniciamos nuestras labores con una invocación al Espíritu Santo y un canto a la Virgen María. El doctor Luis E. Rivero expuso un tema de gran interés para todos los que hemos hecho una opción preferencial por los enfermos, para anunciar a Cristo Salvador a estos hermanos nuestros al mismo tiempo que les brindamos un servicio asistencial. Nos dice que el dolor, la enfermedad y la muerte, no siempre quedan en nosotros como situaciones claras. La enfermedad nos habla de nuestras limitaciones; es una amenaza al instinto de la vida; es una experiencia para reflexionar, es un recordatorio y entrenamiento para la muerte. El hombre necesita continuar la vida, pero sabe que camina hacia la muerte; la enfermedad nos habla de lo pequeño, lo transitorio y lo caduco de la vida, pero también nos levanta hacia la trascendencia. A los que prestamos servicios al enfermo nos advierte que debemos percibir la realidad encarnada en el hombre que sufre. La reacción y el comportamiento de los pacientes frente a su enfermedad nos tiene que llevar a comprenderlos en su vivencia personal. El enfermo necesita de la liberación de todas las carencias que trae implícitas al enfermar, el reafirmar su participación en la comunidad; por todo lo cual a nosotros corresponde ayudarlos a que se abran a la fe y a la esperanza, «Cristo que vino a compartir nuestra condición humana venció al pecado y a la muerte» (D.C.P. 1153).

Al terminar esta conferencia los doctores Jorge Dutari y Enrique Rodríguez, nos presentaron un resumen claro y conciso de las actividades desarrolladas durante estas Jornadas. Después de un receso, asistimos a la clausura que tuvo lugar con una solemne concelebración Eucarística presidida por el Emmo. Sr. Cardenal, Don José Salazar López, arzobispo de Guadalajara, que en su emotiva y sencilla homilía agradeció al Señor la celebración de estas Jornadas, al mismo tiempo que manifestó que tenía gran fe en que el fruto de este encuentro se transformará en alivio al sufrimiento y voz de esperanza para los enfermos. También manifestó que abriga grandes deseos en que se organizará y promoverá con más entusiasmo la pastoral y evangelización en todos los centros hospitalarios, en donde todo el personal y a todos los niveles deben tomar conciencia de que con su actitud y servicio hacen presente a Cristo en el mundo del dolor. Elogió la labor benéfica de los hermanos de san Juan de Dios en su Archidiócesis y los humanitarios servicios que durante 75 años vienen realizando en el hospital psiquiátrico de Zapopan, Jal.

Fr. ROBERTO MORALES, O. H.

INDICE GENERAL/80

LH OPINA

Planificación familiar, 152
Eutanasia, 199

ORGANIZACION DE HOSPITALES

La formación permanente del personal sanitario, 153
Estadística de salud pública, 155
Los medios de comunicación social en el mundo sanitario, 162
Sociología del hospital, 200
La atención del enfermo mental, 206
La eutanasia, hoy, 208
La medicina ofrece un papel de primer orden en la configuración del rostro de la sociedad actual, 212

PASTORAL HOSPITALARIA

Número monográfico dedicado a Planificación familiar, 1-142
Muerte digna del hombre y muerte cristiana, 164
Servicio religioso en el hospital San Juan de Dios, 169
Formación de los agentes de pastoral, 215-220

Religiosos de la salud de América latina, 224
Los hospitales católicos en la España actual, 228

Juan Pablo II y los enfermos, 178

NOTICIARIO

Hospitales, 183, 232
Pastoral, 186, 233

Bibliografía, 190

FOTOGRAFADOS

Temperatura basal, 17
Historia clínica del servicio de Planificación familiar, 126-131
Médicos, 159
Administración local, 160
Privados, 160
Curación integral del niño, 169
Dibujos pastoral, 172-173, 174
Juan Pablo II, 213

Todo sobre PLANIFICACION FAMILIAR

Adquiera el número especial extraordinario de LABOR HOSPITALARIA dedicado a la PLANIFICACION FAMILIAR.

Obsequie a sus amistades con un ejemplar.

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA

Curia Provincial hermanos de san Juan de Dios
Carretera de Esplugas - BARCELONA 34

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

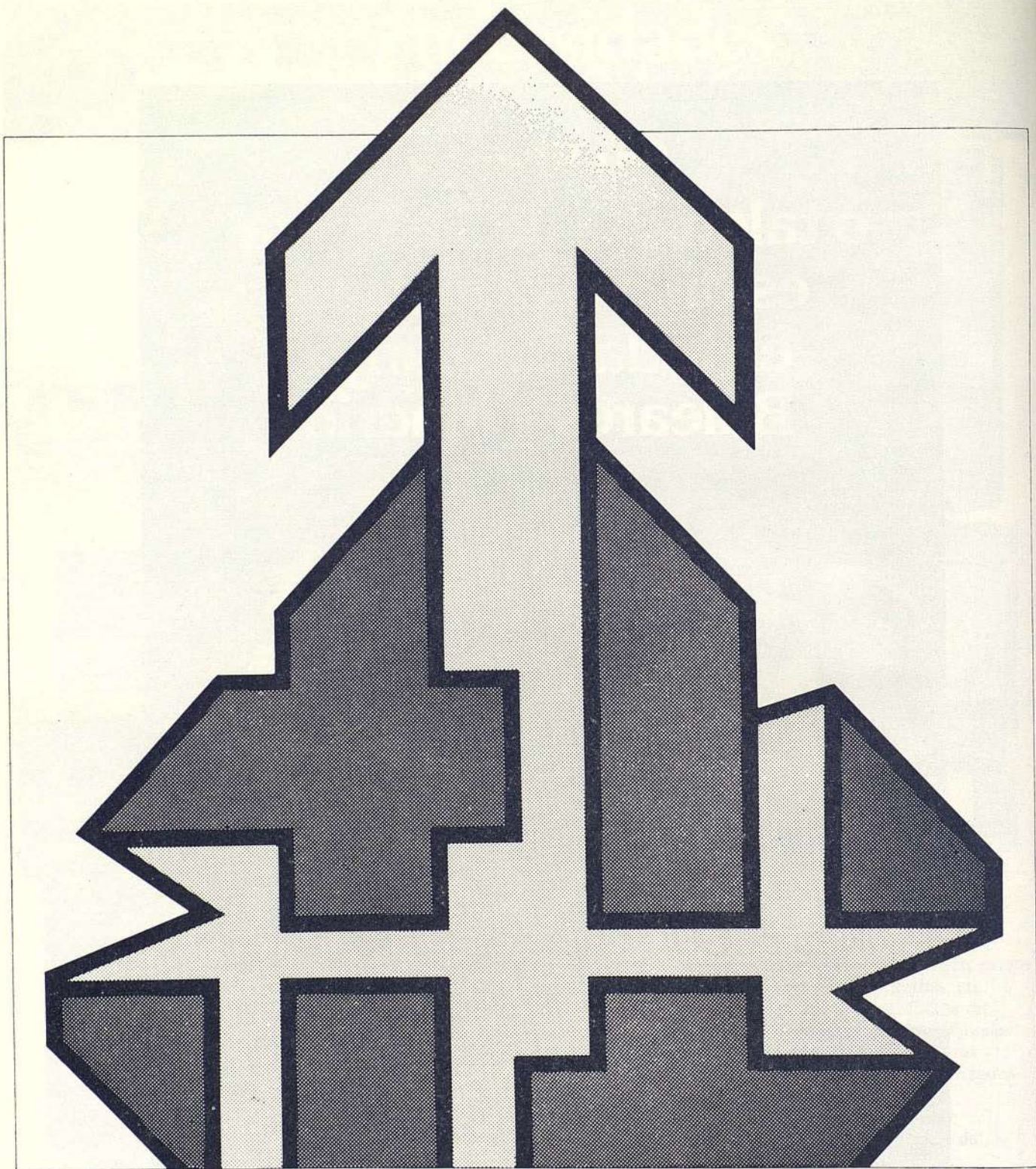
Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

Su libreta
o talonario de "la Caixa"
es dinero al instante
en toda Catalunya,
Balears y Madrid.



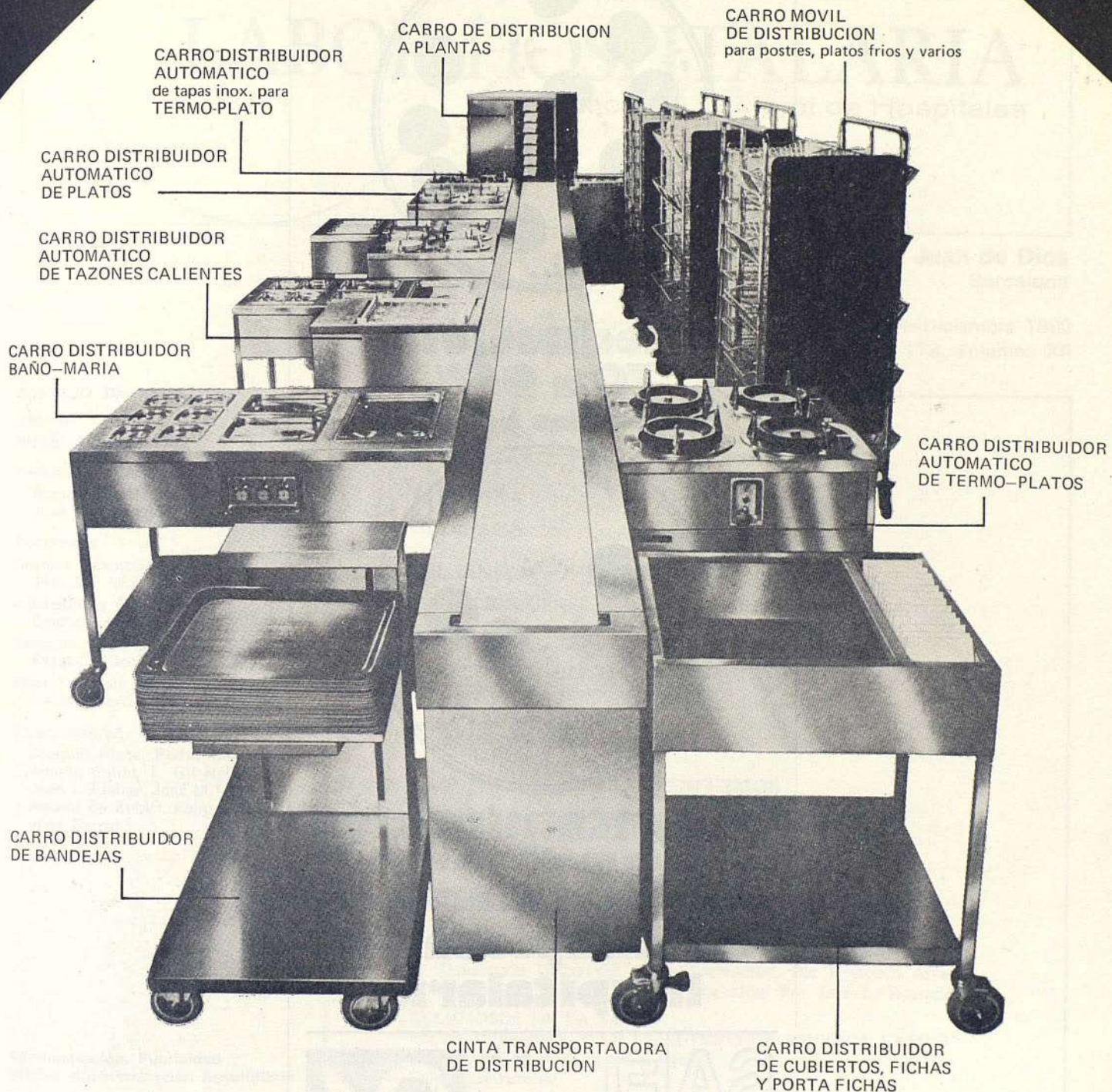
Más de 600 Oficinas a su servicio.

CAJA DE PENSIONES
"la Caixa"



**CAIXA D'ESTALVIS
DE BARCELONA**

Cinta completa de distribución de comidas



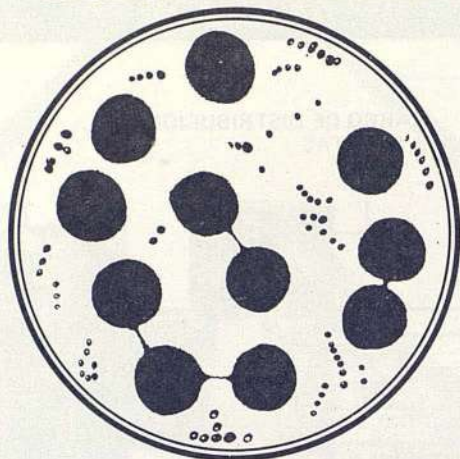
ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

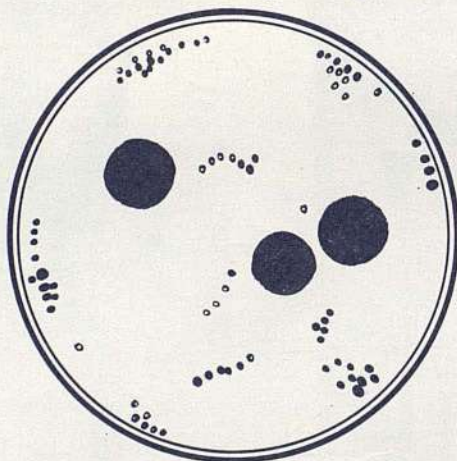
OFICINAS: Tuset, 8 - 10, 4.º (E. Monitor) Barcelona - 6
Tels. 228 54 58 - 228 02 04 - 228 98 23 - 218 23 12 / 16

ALMACEN Y EXPOSICION:
POLIGONO INDUSTRIAL CONGOST
Avda. San Julián s/n. GRANOLLERS

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-Tel. 309 25 16*- BARCELONA-5



INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM

Dinamarca
Alemania F
Austria
Bélgica
España

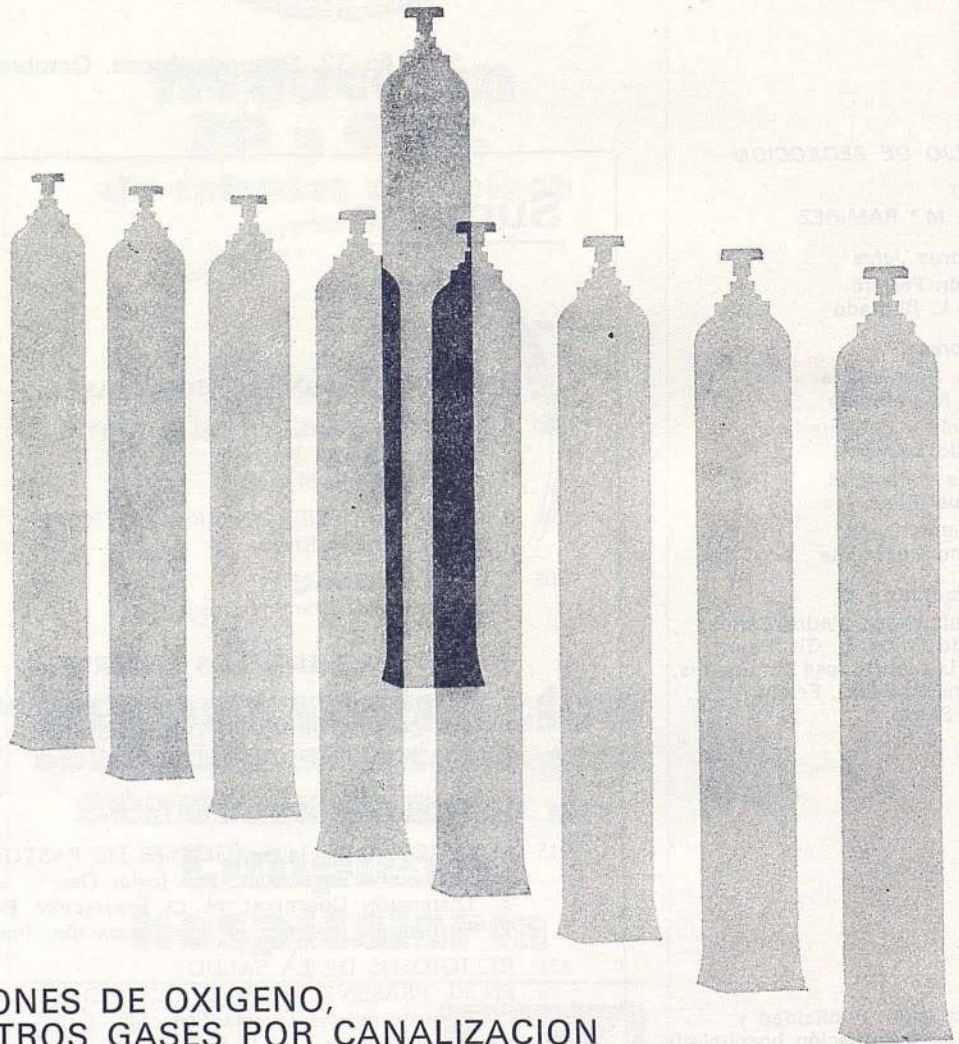
Finlandia
Francia
Grecia
Holanda
Inglaterra

Noruega
Suecia
Suiza
Australia
Brasil



OXIFAR, S. A.

Más 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 Ríos, 1
Teléfono 419 28 00

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

Dirección Telefónica «OXIFAR»



Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros, contando, cambiando y administrando maravedíes, reales de vellón y de plata, ardites^(*), doblones...

() Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.*

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...



BANCA JOVER

Banqueros desde 1737



construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

VIVE CADA DIA CON YOGHOURT



Cada día lo natural. El yoghurt que hace DANONE puro y fresco todos los días, desde siempre. Para que alimentarse sea una cosa natural y buena. ¡Vive la vida de todos los días! Vívela con yoghurt



Alimentos frescos y naturales

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 x 1

- Modelos cortados en: 10x10, 20x20, 25x25, 33x33, 50x50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20x20, 20x25, 20x40, 33x33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25x25, 40x40, 50x50, 40x60, 100x25, etc.

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

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

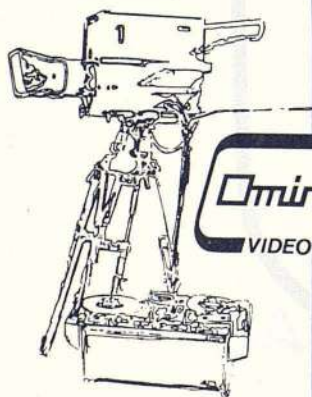
Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

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



ALQUILER Y VENTA

Omina
VIDEO

- * SISTEMAS COMPLETOS
- * MONITORES, CAMARAS
- * MAGNETOSCOPIOS
- * GRABACION PROGRAMAS
EN ESTUDIO Y UNIDADES
MOVILES

Omina ELECTRONICA

VIA AUGUSTA, 99
Tel. 228 47 45

Barcelona - 6
Telex 52216 - OMEL

JOSÉ CRUSET

SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

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

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

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n
Barcelona 34



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



**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