

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral Sanitarias

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 35. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1983
Número 190. Volumen XV

Director

ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

Amado Palou. Cecilio Eseverri.
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.
Alfonso Mendioroz.
José M.^a Sostres. José Sarrió.
Miguel Martín

*Administración, Publicidad
y Distribución*

José Esteve

Dirección

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
Barcelona 34

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

PRESENCIA DE LOS ENFERMOS EN EL SINODO DE LOS OBISPOS, 1983

- 176 DISCURSO DEL SUPERIOR GENERAL
DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
A LOS PP. SINODALES
- 179 DOCUMENTO PRESENTADO POR EL HERMANO GENERAL
AL SINODO SOBRE LA RECONCILIACION
EN EL MUNDO SANITARIO
- 179 Tensiones y divisiones que rodean al mundo sanitario
- 184 Jesús, el Mesías, enviado a anunciar el año de gracia
- 185 La Iglesia, lugar de acogida y reconciliación en el mundo sanitario
- 185 Formas de expresar la reconciliación
- 195 Conclusión

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 196 LA REHABILITACION DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

PASTORAL SANITARIA

- 200 UNA ETICA DEL RESPETO A LA VIDA
Reflexiones pastorales de la conferencia de los obispos católicos
del Canadá (7 de septiembre de 1983)

NOTICIARIO

- 205 HOSPITALES
- 210 PASTORAL
- 212 INDICE GENERAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

Presencia de los enfermos en el Sínodo de los obispos, 1983

DISCURSO DEL SUPERIOR GENERAL DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS A LOS PP. SINODALES

Beatísimo Padre,

Venerables Padres Sinodales.

Mi pensamiento, lleno de gratitud, se dirige al Santo Padre que ha querido concederme la gracia de vivir la experiencia valiosa de este Sínodo.

Desde el momento en que recibí la carta de nombramiento pensé, serenamente, con temor y responsabilidad, que la invitación se me hacía para traer a esta Venerable Asamblea las esperanzas de los que sufren en la enfermedad.

Existe sin duda un misterioso y concreto lazo que une a la enfermedad con la reconciliación, porque el hombre en la enfermedad y en algunos casos por primera vez, se vuelve capaz de reflexionar, de pensar en su destino, en el misterio de la vida y de la muerte, en Dios.

El hecho de que el Santo Padre haya sancionado con su autoridad el tema de este Sínodo mientras estaba trágicamente sufriendo y aun más, internado en un hospital, no me parece casual.

Mi intervención no es, no quiere ser una reflexión teológica sobre la relación entre Iglesia y Caridad, entre cuerpo de Cristo paciente y cuerpo de Cristo glorioso, entre historia y escatología.

Mi intervención quiere ser, con sincero temor y humildad, una proposición:

- *Una propuesta inteligible y existencial sobre la realidad del sufrimiento.*
- *En el contexto de las actuales coordenadas culturales, sociales y religiosas.*
- *De provocación pastoral para una reflexión y un deseado compromiso eclesial.*
- *En la directriz de la reconciliación global paulina, según la cual Dios será todo en todo y la muerte será destruida (1 Cor 15 y Apoc 21).*

Quiero y espero que no sea una presunción y un infantilismo poético, imaginar que este Sínodo hubiese tenido lugar en tiempos de Jesús, y en esta hipótesis, hacerme una pregunta: en el conjunto de su acción apostólica, ¿dónde se habría colocado el Redentor?

Me vienen a la memoria las multitudes de enfermos de todo tipo que se apiñaban junto a El, Dios hecho hombre. A mi parecer aquel es el lugar bíblico donde resonaban los temas que en estos días han ocupado a esta Venerable Asamblea.

Estas imágenes y estos interrogantes me inducen espontáneamente a evocar el mundo de la sanidad y de la asistencia: a los enfermos y a los que luchan contra la enfermedad, los minusválidos, los crónicos, las instituciones y los operadores sanitarios, así como los moribundos y los afligidos por el luto.

Los niños diagnosticados precozmente de tumor que en el reciente pasado parecía que fuesen raptados al cielo, son hoy, para ellos y sus familias,

El hermano
Pedro Luis Marchesi,
durante su intervención



portadores de la muerte durante meses y años. El enfermo mental, que en intervalos de perfecta lucidez es consciente de su vivir prisionero de un misterio atormentante, los dializados que esperan diariamente de la funcionalidad de un aparato un latido de vida que dura doce horas. Ninguno de aquellos que entonces se apiñaban junto a Jesús le pidió palabras de resignación o invitación a soportar con paciencia. Tampoco Jesús contestó a las súplicas de curación con discursos altamente doctrinales y piamente edificantes.

Recordó, ciertamente, que el destinatario supremo de la súplica de liberación del mal es Dios: «Padre... libranos del mal», porque sólo Dios puede dar una respuesta total y eficaz al mal del mundo.

Pero Jesús se unió a los que sufren dando respuestas de curación y de liberación.

Esta petición de liberación del mal no es por cierto menos fuerte hoy que en el tiempo de Jesús.

Pero esta petición de salvación se dirige poco a la Iglesia de Jesús. Se pide a la medicina que cure los males del cuerpo, a la psicoterapia que cure las enfermedades mentales y acaso a las religiones orientales que llenen el vacío del espíritu.

La petición ha resultado así fraccionada.

La oferta del perdón de los pecados por parte de la Iglesia ya no parece tocar al hombre en su integridad.

Podemos preguntarnos: ¿la Iglesia hoy, en el mundo de la salud, defiende y escucha el espíritu del hombre entero?

Se acusa a menudo a la medicina moderna, con sus múltiples infraespecialidades, de proceder casi a un reparto del enfermo en sus partes anatómicas; ¿acaso la Iglesia no ha participado también en este reparto, ocupándose exclusivamente del alma del enfermo y de su sentido espiritual?

Nosotros que por mandato de la Iglesia y de nuestros Fundadores estamos junto a los enfermos, debemos evidenciar un sentimiento de impotencia y de irrelevancia por aquello que podemos ofrecer. Parece, muchas veces, que ya no interesa a nadie.

Para el año 2000, el eslogan y el programa de la Organización Mundial de la salud es: salud para todos.

La utopía del gran progreso ilimitado es dura de morir.

Pero es un hecho: la atención de los hombres más responsables se concentra hoy sobre el problema de la salud, la salud para todos es posible, pero la realidad está en evidente contradicción con el programa.

- 46.000.000 de muertos cada año.
- Casi mil millones de personas se encuentran encerradas en el círculo vicioso de la pobreza, de la malnutrición y de la enfermedad.
- En muchas zonas la media de vida no llega aún a los 50 años.

- En muchos países en vías de desarrollo la tasa de mortalidad infantil es desde los 100 a los 200 por mil.
- La mayor parte de las defunciones que se registran en muchos países en vías de desarrollo son producidas por infecciones y por enfermedades parasitarias.
- Cerca de 850 millones de personas viven en zonas de paludismo y otros 250 millones en zonas donde no se aplican todavía medidas activas de lucha.
- Solamente en el Africa tropical, mueren todos los años de paludismo un millón de niños.
- 200 millones de personas están infectadas por esquistosomiasis.

Sin pretender recordar aquí los trágicos desequilibrios de la distribución del personal y de los centros hospitalarios.

Hoy tenemos, por varias razones, una medicina deshumanizada.

Una lenta hemorragia de alma ha llegado a vaciar la profesión médica y enfermera también de los ideales filantrópicos que eran el orgullo de la medicina hipocrática. Medicina más eficiente, pero más lejana de las necesidades del hombre.

Bastaría recordar cómo se muere hoy: provistos de flebo, de cánulas y de respiradores, pero privados de todo contacto amistoso, sin una mano que estreche la mano moribunda.

En este cuadro cruel pero realista, la Iglesia debe hacer llegar su voz desde este Sínodo, debe con este Sínodo reconciliarse con el hombre que sufre por poca o por demasiada medicina.

¿Cómo contribuir a crear las bases para una medicina más humana?

Hoy nadie sabe o quiere hablar al enfermo del significado existencial de la enfermedad o de la muerte.

El Santo Padre nos ha pedido promover una medicina más humana diciéndonos: «Vosotros estáis llamados a humanizar la enfermedad». Es un mensaje que muchos de nosotros ha transformado en proyectos y programas de vida, pero hoy, con la evolución clínico-social y política no se puede realizar sin que haya una nueva alianza dentro de la Iglesia, entre todas las fuerzas de la Iglesia, con el enfermo y para el enfermo.

Nos damos cuenta, y lo comprobamos diariamente, que hoy ya no es suficiente administrar, muchas veces de forma clandestina, por la prisa, por la escasez de sacerdotes, por lugares que no favorecen el contacto humano, ya no basta administrar los sacramentos para alcanzar la verdadera reconciliación.

Siempre es edificante llevar a los enfermos a los Santuarios, por lo menos aquellos que pueden, aunque no son siempre aquellos que más lo necesitan: hoy es sobre todo necesario que la Iglesia emprenda una peregrinación al hospital, donde, en muchos países, van más personas que a nuestras parroquias y donde permanece viva la presencia del Cristo que quiere la reconciliación.

Necesita una Pastoral Sanitaria organizada, programada, vivaz, una catequesis nueva para el personal sanitario a todos los niveles: una catequesis sobre la vida, sobre la enfermedad, sobre el sufrir y sobre el morir al pueblo de Dios: una revisión de las dimensiones apostólicas de las almas consagradas al servicio de los enfermos y por último una renovada formación para los ministros de los sacramentos que operan en los hospitales.

Se puede comprender la atención de la pastoral para ambientes particulares: los obreros, los intelectuales, los jóvenes, el turismo y la emigración, la familia y los ecologistas: pero no olvidemos que al pueblo de los enfermos y de los moribundos perteneceremos todos un día, también nosotros: será la manera inevitable de encontrar al Cristo que nos reconcilia y nos invita a Su Pascua.

PEDRO LUIS MARCHESI

DOCUMENTO PRESENTADO POR EL HERMANO GENERAL AL SINODO SOBRE LA RECONCILIACION EN EL MUNDO SANITARIO

Tensiones y divisiones que rodean al mundo sanitario

NUESTRA SOCIEDAD ES «DE» SANOS Y «PARA» LOS SANOS

SITUACION EXPLOSIVA DE NUESTRO MUNDO

Estamos en un mundo competitivo, donde vivir es una apuesta. Vivimos la gran revolución: el reemplazo del hombre por la computadora, la mecanización del trabajo, la estandarización de la vida. Del hombre de ayer, contemplativo y admirador de la naturaleza, hemos pasado al hombre dominador de la misma, al hombre dinámico, abierto al hacer, orgulloso de pertenecer a una época técnica y de grandes adelantos.

SIGNOS CARACTERISTICOS DE NUESTRA SOCIEDAD

- *Rápido progreso:* Económico, político, científico y urbano.
- *Mentalidad técnica:* Que induce al hombre a hacer todo lo que es posible, sin preguntarle si lo necesita; e igualmente le obliga a rendir y a ser eficaz.
- Por otra parte, nuestra sociedad se encuentra en un gran *conflicto social* que se manifiesta a niveles nacionales y locales. Este conflicto pone en crisis ideas, sistemas y formas de vida.
- Estamos ante una *nueva cultura* que diseña un nuevo tipo de hombre, que tiene conciencia de la transitoriedad de muchas cosas, de la novedad y de la diversidad de posibilidades de elección —cosas, servicios, estilos de vida—.
- Se trata de una *cultura secular* que centra su atención a ritos seculares, que crea sus nuevos ídolos y cuyos valores significativos se orientan hacia el respeto a la libertad humana, afán por la igualdad, espíritu de solidaridad y valoración de la vida comunitaria. Pero que ha de asumir también, como suyos, los siguientes contravalores: ruptura de valores permanentes, materialismo y hedonismo, concepción marxista de la vida y el recurso a la violencia.

INFLUJO DE ESTOS CAMBIOS EN LA SALUD DEL HOMBRE

- *Desorientación:* Estamos ante un fenómeno denominado «aceleración de la historia», lo cual quiere decir que los cambios se producen de manera rápida y profunda, todo lo cual engendra una mayor dificultad de adaptación a causa de la rapidez e inestabilidad y, por ende, una cierta desorientación.
- *Pérdida de identidad:* El hombre se sabe que es menos él mismo y que son muchos los agentes externos que le influyen. Sabe, asimismo, que están a su alcance muchas más cosas, pero se encuentra más vacío y alienado.

DOCUMENTO PRESENTADO POR EL HERMANO GENERAL AL SINODO SOBRE LA RECONCILIACION EN EL MUNDO SANITARIO

Tensiones y divisiones que rodean al mundo sanitario

NUESTRA SOCIEDAD ES «DE» SANOS Y «PARA» LOS SANOS

SITUACION EXPLOSIVA DE NUESTRO MUNDO

Estamos en un mundo competitivo, donde vivir es una apuesta. Vivimos la gran revolución: el reemplazo del hombre por la computadora, la mecanización del trabajo, la estandarización de la vida. Del hombre de ayer, contemplativo y admirador de la naturaleza, hemos pasado al hombre dominador de la misma, al hombre dinámico, abierto al hacer, orgulloso de pertenecer a una época técnica y de grandes adelantos.

SIGNOS CARACTERISTICOS DE NUESTRA SOCIEDAD

- *Rápido progreso:* Económico, político, científico y urbano.
- *Mentalidad técnica:* Que induce al hombre a hacer todo lo que es posible, sin preguntarle si lo necesita; e igualmente le obliga a rendir y a ser eficaz.
- Por otra parte, nuestra sociedad se encuentra en un gran *conflicto social* que se manifiesta a niveles nacionales y locales. Este conflicto pone en crisis ideas, sistemas y formas de vida.
- Estamos ante una *nueva cultura* que diseña un nuevo tipo de hombre, que tiene conciencia de la transitoriedad de muchas cosas, de la novedad y de la diversidad de posibilidades de elección —cosas, servicios, estilos de vida—.
- Se trata de una *cultura secular* que centra su atención a ritos seculares, que crea sus nuevos ídolos y cuyos valores significativos se orientan hacia el respeto a la libertad humana, afán por la igualdad, espíritu de solidaridad y valoración de la vida comunitaria. Pero que ha de asumir también, como suyos, los siguientes contravalores: ruptura de valores permanentes, materialismo y hedonismo, concepción marxista de la vida y el recurso a la violencia.

INFLUJO DE ESTOS CAMBIOS EN LA SALUD DEL HOMBRE

- *Desorientación:* Estamos ante un fenómeno denominado «aceleración de la historia», lo cual quiere decir que los cambios se producen de manera rápida y profunda, todo lo cual engendra una mayor dificultad de adaptación a causa de la rapidez e inestabilidad y, por ende, una cierta desorientación.
- *Pérdida de identidad:* El hombre se sabe que es menos él mismo y que son muchos los agentes externos que le influyen. Sabe, asimismo, que están a su alcance muchas más cosas, pero se encuentra más vacío y alienado.

- *Sentimiento de confusión y soledad:* ¿A dónde voy? ¿Quién soy? Son los interrogantes que le martillean constantemente. Frente a todo esto, el hombre se acomoda lo mejor posible, se vuelve conformista, o se evade en su profesión o utiliza las válvulas de escape que le ofrece la sociedad: deporte, vacaciones, drogas, sexo, religión... O finalmente se refugia en la política.

LUGAR DEL ENFERMO

- En una sociedad competitiva, en una sociedad técnica y de progreso, en una sociedad más del tener que del ser, no se piensa en el enfermo. Este es un marginado, un fracasado, un limitado, alguien que no sirve, que no tiene cabida en el engranaje *normal*.
- Estamos ante una sociedad *de sanos y para los sanos*. El enfermo es una carga, no es rentable.

CONTRASTES Y DESEQUILIBRIOS

- Pero mientras una parte de la sociedad crece y se hace rica, cada vez hay más pobres.
- Mientras una parte de la sociedad progresa en las ciencias humanas, en las nuevas técnicas y se aprovecha de los grandes adelantos, otros carecen de la alimentación necesaria, de escuelas y hospitales.
- Nuestro mundo es ambiguo, contradictorio y manifiesta las tendencias más dispares: ricos y pobres, sanos y enfermos, valores y desvalores...

TENSIONES Y RUPTURAS EN EL SECTOR DE SALUD

PROBLEMAS Y TENDENCIAS MUNDIALES*

- Los problemas de salud y los de índole socioeconómico están íntimamente vinculados. En muchos países la situación sanitaria y la socioeconómica —relacionada con la primera— son insatisfactorias y las tendencias no ofrecen perspectivas alentadoras. Además, van en constante aumento las enormes desigualdades que existen entre los distintos países y aun dentro de éstos.
- Cerca de 1000 millones de personas se hallan atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza, la mal nutrición, la enfermedad y la desesperación que mina sus energías, reduce su capacidad de trabajo y limita sus posibilidades de planificar para el porvenir. La mayor parte de esas personas viven en las zonas rurales y los barrios urbanos míseros de los países en desarrollo. Unas pocas cifras estadísticas permiten medir la profundidad de la privación en que se hallan sumidas. Mientras que el promedio de la expectativa de vida al nacer es de unos 72 años en los países desarrollados, ese promedio es de unos 55 años en los países en desarrollo, y de tan sólo 50 años en África y Asia sudoriental. Sólo de 10 a 20 de cada 1000 niños nacidos en los países desarrollados mueren durante el primer año de vida, pero la tasa de mortalidad infantil en la mayoría de los países en desarrollo va desde cerca de 100 hasta más de 200 por 1000. En cuanto a la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 5 años, que es tan sólo de 1 por 1000 en la mayoría de los países desarrollados, llega a un promedio de unos 20 en muchos países en desarrollo y de más de 30 en África al sur del Sahara. De cada 1000 niños nacidos en la pobreza en los países menos adelantados, 200 fallecen en el plazo de un año, otros 100 mueren antes de alcanzar los 5 años y sólo 500 sobreviven hasta los 40 años.
- La mayoría de las defunciones que se registran en la mayoría de los países en desarrollo resultan de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En los países en desarrollo una décima parte de la existencia de una persona, por término medio, resulta gravemente afectada por las enfermedades.

* O.M.S. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981.

- Las enfermedades diarreicas, que se transmiten por contaminación del suelo, de los alimentos y del agua con heces humanas, hacen sus peores estragos en los países en desarrollo. En los países menos desarrollados del mundo, sólo una tercera parte de la población, aproximadamente, tiene acceso permanente a instalaciones adecuadas de abastecimiento de agua potable y de saneamiento.
- Las enfermedades transmitidas por insectos y otros vectores se hallan también muy difundidas en los países en desarrollo y tienen graves efectos socioeconómicos. El paludismo sigue siendo la enfermedad más prevalente. Unos 850 millones de personas viven en zonas donde el paludismo sólo se ha podido dominar en parte y otros 250 millones en zonas en donde no se han aplicado aún medidas de lucha activas. Sólo en Africa tropical, no menos de un millón de niños mueren todos los años de paludismo.
- La esquistosomiasis, causada por un parásito transmitido por un molusco, es endémica en unos 70 países, donde se calcula que hay unos 200 millones de personas infectadas.
- En los países desarrollados, en cambio, la mitad de las defunciones, aproximadamente, son causadas por las enfermedades cardiovasculares, una quinta parte por el cáncer y una décima parte por los accidentes. Estos problemas van también en aumento en los países en desarrollo. Los problemas de higiene del medio planteados por la industrialización y la urbanización cobran mayor importancia cada vez; y esos mismos problemas pueden llegar a plantearse en los países en desarrollo a medida que se industrialicen. Las enfermedades crónicas van en aumento a medida que la población envejece. En los últimos años se ha registrado un aumento constante en los trastornos mentales y en la patología social, como el abuso del alcohol y de las drogas. El cáncer de pulmón y otras enfermedades pulmonares crónicas causadas por el hábito de fumar, así como la obesidad debida a una alimentación excesiva, son fenómenos comunes.
- En contraste, en los países en desarrollo la desnutrición afecta a centenares de millones de personas, reduciendo sus energías y su iniciativa, minando su rendimiento escolar y laboral y reduciendo su resistencia a las enfermedades.
- El alfabetismo reviste gran importancia en relación con la salud; permite a la gente comprender sus problemas de salud y la manera de resolverlos y facilita su participación directa en las actividades de salud de la comunidad.
- También la situación económica influye directamente en la salud.
- Viene a agravar esas dificultades el hecho de que los sistemas de salud se hallan mal organizados en la mayoría de los países del mundo. Existen enormes desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo. En estos últimos, unos dos tercios de la población carecen de acceso razonable a una forma permanente de asistencia sanitaria. En la mayoría de los países, tanto desarrollados como en desarrollo, una proporción abrumadora de los recursos para la prestación de asistencia sanitaria se concentra en las grandes ciudades. Esos grandes recursos se dedican, además, a una tecnología costosa y muy complicada, de la que sólo se beneficia una pequeña minoría de la población, en perjuicio de la atención primaria de salud para la mayoría. Aun en los países más desarrollados, el desmesurado aumento de los costos de la asistencia sanitaria hace imposible aplicar al conjunto de la población la totalidad de los medios de la tecnología de salud. Esta aplicación no es realmente necesaria, pero son muchas las presiones sociales que la exigen.
- En muchos países el personal de salud no recibe el adiestramiento adecuado para las tareas que se le han de encomendar, o no se le facilitan el equipo y los suministros que necesita. El personal de salud presenta grandes variaciones según los distintos países, y comprende una larga serie de diferentes

categorías de personas que desempeñan diferentes funciones en las diferentes sociedades, según sean las condiciones sociales y económicas y las modalidades culturales de esas sociedades. Por esto resulta muy difícil hacer comparaciones entre los países. Sin embargo, a modo de ejemplo para poner de manifiesto esas disparidades entre los países, puede señalarse que en los menos adelantados un solo agente de salud de todas las categorías, incluida la medicina tradicional, debe atender a un promedio de 2400 personas, mientras que en los demás países en desarrollo este promedio es de 500 personas y en los países desarrollados de 130. En cuanto al personal médico, en los países menos adelantados hay un médico para un promedio de 17.000 personas, mientras que en los demás países en desarrollo este promedio es de 2700 personas, y de 520 en los países desarrollados. Las cifras correspondientes al personal de enfermería son de una enfermera para un promedio de 6500 personas en los países menos adelantados, una para 1500 personas en los demás países en desarrollo, y una para 220 personas en los países desarrollados. En los casos más extremos, en las zonas rurales de algunos de los países menos adelantados hay un solo médico para 200.000 personas, mientras que en las zonas metropolitanas de algunos países desarrollados hay un médico para tan sólo 300 personas. Ninguno de esos promedios revela la distribución sumamente inequitativa del personal de salud que con frecuencia se encuentra dentro de un mismo país. En muchos países, por ejemplo, el número de habitantes por médico es diez veces mayor en las zonas rurales que en las metropolitanas.

- Contribuyen a agravar la situación las tendencias en el crecimiento demográfico y la distribución geográfica de la población. En el año 2000 la mitad de la población del mundo vivirá en ciudades.
- También se prevén modificaciones de importancia en la composición por edades. En los países desarrollados, un 23 % de la población tiene menos de 15 años, mientras que un 11 % tiene 65 años o más; las proyecciones para el año 2000 en esos países muestran una reducción, a menos de un 22 %, de la población de menos de 15 años y un aumento, hasta un 13 %, de la población de 65 años o más. En cuanto a los países en desarrollo, un promedio de un 40 % de la población tiene menos de 15 años y un 4 % tiene 65 años o más; las proyecciones para el año 2000 muestran una reducción a un 34 % aproximadamente, de la población de menos de 15 años y un aumento, hasta un 5 %, de la población de 65 años o más. Esos porcentajes, sin embargo, no dan idea del aumento de la población en cifras absolutas para todas las edades. Por ejemplo, se calcula que entre 1980 y el año 2000 el número de personas de edad avanzada en todo el mundo aumentará de 258 millones a 396 millones. Más de un 70 % de este aumento se encontrará en países en desarrollo. En 1980, más de la mitad de los ancianos del mundo vivían en países desarrollados; en el año 2000 cerca de tres quintas partes se encontrarán en países en desarrollo.

OTRAS TENDENCIAS

En no pocos países, sobre todo los desarrollados, se produce también otro tipo de tensiones y rupturas. Señalamos algunas:

Progresivo avance técnico que se traduce en los siguientes signos

- Secularización de la medicina.
- Impacto de la técnica expresada en aparatos, organización y personal. También en las nuevas posibilidades de curación que crean en el hombre nuevas perspectivas.
- Apertura a una medicina para todos; sentido de colectivización de la medicina.

- Aplicación del concepto de salud a los criterios de prevención y promoción, insistiendo en estos criterios más que sobre los criterios de restauración de la salud.
- Complejidad del tema sanitario con la consiguiente dificultad de hacer un diagnóstico que nos permita realizar una buena planificación y coordinación y una adecuada distribución de los recursos.
- Importancia de la economía, explosión de los costos sanitarios y disminución de ingresos en los seguros (paro, quiebra de industrias, jubilación anticipada...).
- La crisis *sociológica* incide igualmente, sobre todo con estas tres ideas: despilfarro público, absentismo laboral y defectuosa relación médico-enfermo.

Problemas humanos

- Hipertrofia técnica y deshumanización de la asistencia.
- Falta de preparación en los profesionales para una asistencia integral.
- Desplazamiento del hombre a la máquina y la creación de una mentalidad técnica: hombre robotizado, stresado, impersonal, deshumanizado.

Problemas morales

- Falta de formación ética en los profesionales de la salud.
- Pluralidad de criterios y argumentación más bien afectiva que científica sobre temas como aborto, eutanasia, planificación familiar, aplicación de las modernas técnicas.
- Nuevos retos que presenta la medicina a la bioética: genética, distanasia, experimentación.

Problemas religiosos

- Presencia de la Iglesia en el medio sanitario y necesidad de renovar la imagen, tanto en los criterios que inciden en las estructuras como en las personas: comunidades sanitarias y capellanes.
- Necesidad de concienciar a grupos de profesionales seculares cristianos en el campo de la salud.

Incidencia en el hombre enfermo

Enhorabuena, sean bien acogidas las nuevas técnicas, las nuevas posibilidades de curación, las nuevas formas asistenciales. Pero no olvidemos que en el centro de todo está el enfermo; que todo este aparato organizativo y técnico debe estar a su servicio.

Por ello,

- Cuando valoramos más el hacer, el rendir, el ser eficaces, se rompe nuestra relación con quienes en la vida están limitados.
- Cuando la técnica crea desmesuradas expectativas en el hombre, rompemos el equilibrio y las esperanzas reales.
- Cuando no asumimos la organización como un mejor servicio, se crea injusticias y marginaciones.
- Cuando los intereses de los profesionales priman sobre las necesidades de los enfermos, rompemos nuestra capacidad de acogida y de humanización.

En concreto, diríamos que las grandes tensiones y divisiones del mundo sanitario son:

- Hacer dos tipos de sociedad: una para sanos y otra para enfermos; una para pobres y otra para ricos.

- No organizar adecuadamente los recursos que disponemos para potenciar la salud.
- No tener todos igual acceso a los medios de la salud.
- Estar el hombre al servicio de la técnica y no al revés.
- No poner al enfermo en el centro de nuestro quehacer, sino poner otros valores u otros intereses: técnicos, dinero, prestigio...
- El abusivo atropello hacia los derechos del enfermo: intimidad, manipulación, conciencia...

CAMINO DE RECONCILIACION

El clamor de muchos hombres que sufren hace cada vez más urgente el camino de reconciliación que debemos hacer en este campo.

Quizá en ningún tema como en el del mundo de los enfermos sean tan palpables y manifiestos los signos de trabajo, entrega y dedicación; pero también es verdad, ningún mundo como éste es el más exigente: tratamos con hombres y hombres enfermos.

El camino de reconciliación nos lo enseña Jesús de Nazaret que estuvo como nadie cercano a los enfermos, los débiles, los necesitados; su curación fue siempre salvadora. De El aprendió también la Iglesia que ha luchado siempre por acercar este mundo a la realidad haciéndose ella misma presente y curando.

Hoy, esta Iglesia quiere ser reconciliadora de este mundo sanitario, presente en las nuevas tensiones, en las nuevas luchas y realizar la alianza que salve al enfermo.

Jesús, el Mesías, enviado a anunciar el año de gracia

«El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ungió para evangelizar a los pobres; me envió a predicar a los cautivos la libertad, a los ciegos la recuperación de la vista; para poner en libertad a los oprimidos, para anunciar un año de gracia del Señor» (Lc 4, 16-20).

PRELUDIO DE LA SALVACION

Toda la historia anterior a Jesús es una constante llamada a la liberación, a la salvación. El pueblo de Israel vive pendiente de esta realidad a través de las promesas y de la ratificación de las mismas, tanto por los patriarcas como por los profetas (Gen 3, 1-24; Is 7, 10-14; 11, 1-6).

Entretanto, hasta que llega la verdadera liberación, ésta se irá significando mediante signos: purificaciones, súplicas, cumplimiento legal (II Reg 5, 1; II Sam 12, 13-23; Lev cap. 13 y 14).

Israel, aunque vive momentos difíciles, a veces dudosos, confía en que el Salvador se hará presente.

PRESENCIA DEL LIBERTADOR

Jesús es el verdadero libertador, el testigo fiel del Padre, el Salvador de los cautivos y oprimidos. Los tiempos mesiánicos anunciados por los profetas se cumplen en Cristo (Is 35, 5-6; 29, 18; 61, 1-2).

- No organizar adecuadamente los recursos que disponemos para potenciar la salud.
- No tener todos igual acceso a los medios de la salud.
- Estar el hombre al servicio de la técnica y no al revés.
- No poner al enfermo en el centro de nuestro quehacer, sino poner otros valores u otros intereses: técnicos, dinero, prestigio...
- El abusivo atropello hacia los derechos del enfermo: intimidad, manipulación, conciencia...

CAMINO DE RECONCILIACION

El clamor de muchos hombres que sufren hace cada vez más urgente el camino de reconciliación que debemos hacer en este campo.

Quizá en ningún tema como en el del mundo de los enfermos sean tan palpables y manifiestos los signos de trabajo, entrega y dedicación; pero también es verdad, ningún mundo como éste es el más exigente: tratamos con hombres y hombres enfermos.

El camino de reconciliación nos lo enseña Jesús de Nazaret que estuvo como nadie cercano a los enfermos, los débiles, los necesitados; su curación fue siempre salvadora. De El aprendió también la Iglesia que ha luchado siempre por acercar este mundo a la realidad haciéndose ella misma presente y curando.

Hoy, esta Iglesia quiere ser reconciliadora de este mundo sanitario, presente en las nuevas tensiones, en las nuevas luchas y realizar la alianza que salve al enfermo.

Jesús, el Mesías, enviado a anunciar el año de gracia

«El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ungió para evangelizar a los pobres; me envió a predicar a los cautivos la libertad, a los ciegos la recuperación de la vista; para poner en libertad a los oprimidos, para anunciar un año de gracia del Señor» (Lc 4, 16-20).

PRELUDIO DE LA SALVACION

Toda la historia anterior a Jesús es una constante llamada a la liberación, a la salvación. El pueblo de Israel vive pendiente de esta realidad a través de las promesas y de la ratificación de las mismas, tanto por los patriarcas como por los profetas (Gen 3, 1-24; Is 7, 10-14; 11, 1-6).

Entretanto, hasta que llega la verdadera liberación, ésta se irá significando mediante signos: purificaciones, súplicas, cumplimiento legal (II Reg 5, 1; II Sam 12, 13-23; Lev cap. 13 y 14).

Israel, aunque vive momentos difíciles, a veces dudosos, confía en que el Salvador se hará presente.

PRESENCIA DEL LIBERTADOR

Jesús es el verdadero libertador, el testigo fiel del Padre, el Salvador de los cautivos y oprimidos. Los tiempos mesiánicos anunciados por los profetas se cumplen en Cristo (Is 35, 5-6; 29, 18; 61, 1-2).

La era mesiánica es un tiempo de perdón y reconciliación; tiempo de curación y salvación. El ejercicio mesiánico de Jesús está orientado a la proclamación de la Buena Nueva del Reino y a la curación de toda dolencia. Así nos lo muestra el evangelio, rodeado de enfermos: cojos, ciegos, paralíticos, mudos, leprosos... (Mt 11, 5; 9, 1-7, 33).

Y se extendía su fama y le traían a todos los que padecían algún mal... Y la gente exclamaba: «todo lo ha hecho bien: a los sordos hace oír, y a los mudos hablar» (Mc 7, 37).

Pero importa sobremanera las formas, las actitudes mismas de Jesús: afectuosas, estimuladoras a la fe, respetuosas, cercanas (Jn 9, 1-40); 11, 3...; Lc 5, 17; 7, 13; 8, 50). El es el Samaritano bueno que se acerca, se compadece, cura y se compromete (Lc 10, 30-37).

Este aspecto liberador que comporta la presencia de Jesús conlleva, asimismo, una reintegración del enfermo y una vivencia nueva (Mc 1, 40-45), y es también un adelanto de la liberación total, de la era sin enfermedades (Apocalipsis, 21, 1-4).

La Iglesia, lugar de acogida y reconciliación en el mundo sanitario

Esta acción liberadora del pecado y de la enfermedad, iniciada por Cristo, la continúa hoy la Iglesia, pero hasta que no sean restauradas todas las cosas (Act 3, 21), la Iglesia no alcanzará su plenitud; por ello, mientras la Iglesia peregrina lleva en sus sacramentos e instituciones la imagen de este siglo que pasa, y ella misma vive entre sus criaturas, que gimen con dolores de parto al presente en espera de la manifestación de los hijos de Dios (Rom 8, 19-22; LG 48).

La Iglesia, fiel a la misión entre los enfermos, nos advierte y nos recuerda que la salud y la enfermedad son realidades de la vida y que tenemos que darle sentido. Nos descubre los valores que el enfermo tiene. Igualmente, nos recuerda que hemos de estar presentes, atendiendo a los pobres, a los débiles; nos advierte que les hemos de hacer un lugar preferencial y que hemos de luchar para que nadie quede marginado.

Formas de expresar la reconciliación

PROMOCION DE LA JUSTICIA

La primera condición de todo amor verdadero es la justicia. No se le puede proporcionar a un enfermo, bajo forma de beneficencia, lo que tiene derecho por justicia. No se puede caer en el engaño de no afrontar verdaderas obligaciones de justicia haciéndolas *simples consejos* de caridad. La Iglesia no puede prestarse o ponerse de parte de una organización que aboca ordinariamente a la degradación de los enfermos.

¿Cómo puede demostrar la Iglesia que ama de verdad a los enfermos, si permanece impávida ante las injusticias de que son objeto? Y no vale decir que les anima a soportarlas, prometiéndoles un premio en el *más allá*. No, el evangelio ha de brindar también soluciones para el *más acá*.

La era mesiánica es un tiempo de perdón y reconciliación; tiempo de curación y salvación. El ejercicio mesiánico de Jesús está orientado a la proclamación de la Buena Nueva del Reino y a la curación de toda dolencia. Así nos lo muestra el evangelio, rodeado de enfermos: cojos, ciegos, paralíticos, mudos, leprosos... (Mt 11, 5; 9, 1-7, 33).

Y se extendía su fama y le traían a todos los que padecían algún mal... Y la gente exclamaba: «todo lo ha hecho bien: a los sordos hace oír, y a los mudos hablar» (Mc 7, 37).

Pero importa sobremanera las formas, las actitudes mismas de Jesús: afectuosas, estimuladoras a la fe, respetuosas, cercanas (Jn 9, 1-40); 11, 3...; Lc 5, 17; 7, 13; 8, 50). El es el Samaritano bueno que se acerca, se compadece, cura y se compromete (Lc 10, 30-37).

Este aspecto liberador que comporta la presencia de Jesús conlleva, asimismo, una reintegración del enfermo y una vivencia nueva (Mc 1, 40-45), y es también un adelanto de la liberación total, de la era sin enfermedades (Apocalipsis, 21, 1-4).

La Iglesia, lugar de acogida y reconciliación en el mundo sanitario

Esta acción liberadora del pecado y de la enfermedad, iniciada por Cristo, la continúa hoy la Iglesia, pero hasta que no sean restauradas todas las cosas (Act 3, 21), la Iglesia no alcanzará su plenitud; por ello, mientras la Iglesia peregrina lleva en sus sacramentos e instituciones la imagen de este siglo que pasa, y ella misma vive entre sus criaturas, que gimen con dolores de parto al presente en espera de la manifestación de los hijos de Dios (Rom 8, 19-22; LG 48).

La Iglesia, fiel a la misión entre los enfermos, nos advierte y nos recuerda que la salud y la enfermedad son realidades de la vida y que tenemos que darle sentido. Nos descubre los valores que el enfermo tiene. Igualmente, nos recuerda que hemos de estar presentes, atendiendo a los pobres, a los débiles; nos advierte que les hemos de hacer un lugar preferencial y que hemos de luchar para que nadie quede marginado.

Formas de expresar la reconciliación

PROMOCION DE LA JUSTICIA

La primera condición de todo amor verdadero es la justicia. No se le puede proporcionar a un enfermo, bajo forma de beneficencia, lo que tiene derecho por justicia. No se puede caer en el engaño de no afrontar verdaderas obligaciones de justicia haciéndolas *simples consejos* de caridad. La Iglesia no puede prestarse o ponerse de parte de una organización que aboca ordinariamente a la degradación de los enfermos.

¿Cómo puede demostrar la Iglesia que ama de verdad a los enfermos, si permanece impávida ante las injusticias de que son objeto? Y no vale decir que les anima a soportarlas, prometiéndoles un premio en el *más allá*. No, el evangelio ha de brindar también soluciones para el *más acá*.

La era mesiánica es un tiempo de perdón y reconciliación; tiempo de curación y salvación. El ejercicio mesiánico de Jesús está orientado a la proclamación de la Buena Nueva del Reino y a la curación de toda dolencia. Así nos lo muestra el evangelio, rodeado de enfermos: cojos, ciegos, paralíticos, mudos, leprosos... (Mt 11, 5; 9, 1-7, 33).

Y se extendía su fama y le traían a todos los que padecían algún mal... Y la gente exclamaba: «todo lo ha hecho bien: a los sordos hace oír, y a los mudos hablar» (Mc 7, 37).

Pero importa sobremanera las formas, las actitudes mismas de Jesús: afectuosas, estimuladoras a la fe, respetuosas, cercanas (Jn 9, 1-40); 11, 3...; Lc 5, 17; 7, 13; 8, 50). El es el Samaritano bueno que se acerca, se compadece, cura y se compromete (Lc 10, 30-37).

Este aspecto liberador que comporta la presencia de Jesús conlleva, asimismo, una reintegración del enfermo y una vivencia nueva (Mc 1, 40-45), y es también un adelanto de la liberación total, de la era sin enfermedades (Apocalipsis, 21, 1-4).

La Iglesia, lugar de acogida y reconciliación en el mundo sanitario

Esta acción liberadora del pecado y de la enfermedad, iniciada por Cristo, la continúa hoy la Iglesia, pero hasta que no sean restauradas todas las cosas (Act 3, 21), la Iglesia no alcanzará su plenitud; por ello, mientras la Iglesia peregrina lleva en sus sacramentos e instituciones la imagen de este siglo que pasa, y ella misma vive entre sus criaturas, que gimen con dolores de parto al presente en espera de la manifestación de los hijos de Dios (Rom 8, 19-22; LG 48).

La Iglesia, fiel a la misión entre los enfermos, nos advierte y nos recuerda que la salud y la enfermedad son realidades de la vida y que tenemos que darle sentido. Nos descubre los valores que el enfermo tiene. Igualmente, nos recuerda que hemos de estar presentes, atendiendo a los pobres, a los débiles; nos advierte que les hemos de hacer un lugar preferencial y que hemos de luchar para que nadie quede marginado.

Formas de expresar la reconciliación

PROMOCION DE LA JUSTICIA

La primera condición de todo amor verdadero es la justicia. No se le puede proporcionar a un enfermo, bajo forma de beneficencia, lo que tiene derecho por justicia. No se puede caer en el engaño de no afrontar verdaderas obligaciones de justicia haciéndolas *simples consejos* de caridad. La Iglesia no puede prestarse o ponerse de parte de una organización que aboca ordinariamente a la degradación de los enfermos.

¿Cómo puede demostrar la Iglesia que ama de verdad a los enfermos, si permanece impávida ante las injusticias de que son objeto? Y no vale decir que les anima a soportarlas, prometiéndoles un premio en el *más allá*. No, el evangelio ha de brindar también soluciones para el *más acá*.

LA CARIDAD CRISTIANA

Todo cristiano ha de cooperar a construir una sanidad mejor, debiendo por ello denunciar todo atisbo de opresión injusta al hombre enfermo. Siendo necesario un programa de acción donde el poder opresor vaya menguando porque se afianza un orden sanitario justo, compartido por cuantos vibran al ritmo del evangelio.

- Rechaza cualquier compromiso con la injusticia, se solidariza con el sufrimiento y protesta del enfermo marginado, al que presta su voz.
- Busca para cada derecho del enfermo una solución única e irrepetible, la que conviene precisamente a su situación concreta.
- Promociona la medicina social y participa en la creación de unas estructuras sanitarias más justas, en las que se respeten los derechos del enfermo.

Todo cristiano ha de luchar con denuedo por convertir en ilusión liberadora cuanto fluye de la injusticia opresora.

OPCION POR LOS ENFERMOS MAS NECESITADOS Y AREAS MARGINADAS

Los pobres de que hablan las Bienaventuranzas según San Lucas, están mayoritariamente en el campo de la salud.

Existen enfermos y áreas marginadas con necesidades urgentes y primarias, y que no permiten aguardar a que los planes de auxilio estén a punto. La justicia social, en materia sanitaria, es muchas veces un objetivo a largo plazo ligado a programas sociales, económicos y políticos de medio y largo alcance.

Para ser fieles a las exigencias del amor del Reino, los cristianos deben *preferir siempre* a los enfermos más pobres y marginados y dar la primacía a las zonas pobres, a las regiones subdesarrolladas y a las zonas rurales. Debiendo orientar con preferencia el interés a los sectores en los que la asistencia pública presenta todavía, en cierto modo, y a veces casi inevitablemente, lagunas e insuficiencias.

La Iglesia no ama a los enfermos marginados por el simple hecho de fomentar una teología de la compasión. ¿Acaso podrá vivir el evangelio quien no imite a Jesús? Y Jesús jamás se avino a posturas conformistas, cuando estaba en juego la felicidad del hombre. Los cristianos tienen que convertir su vivencia personal en un foco de dinámica amorosa, traducida en un compromiso amoroso, en favor de los enfermos que no atiende nadie.

COLABORAR EN LA EDUCACION SANITARIA

Conviene puntualizar que respecto a la salud no se puede hablar solamente de derechos sino también de deberes. Más que un privilegio que reivindicar, *la salud es una responsabilidad*. El ciudadano debe colaborar con las autoridades sanitarias asumiendo todas las responsabilidades para la conservación de su propia salud. Y trabajar constructivamente para mejorar la salud, analizando cómo le afectan sus hábitos, actitudes, expectativas y modos de vivir.

Un punto especialmente importante en la educación sanitaria será fomentar en las personas el convencimiento de que, normalmente, cada una de ellas es la mejor fuente de recursos asistenciales. Misión de los educadores será también el compartir con las personas, en la medida de lo posible, sus conocimientos y experiencias: ser recursos más que autoridades.

Es importante reconocer que *la promoción de la salud es parte de la tarea evangelizadora*.

PROMOVER Y DEFENDER LOS DERECHOS DEL ENFERMO

La posición de la iglesia católica ha sido siempre la defensa de que el principio de *la dignidad de la persona* es la base de cualquier derecho. El enfermo no es el cáncer de huesos de la habitación siete o un caso interesante a tratar y, si es posible, curar. El enfermo es una persona, libre y responsable, con su conciencia, su proyecto de vida y su historia de salvación personal. Esta dignidad es una característica trascendente y ha de respetarse en todo momento y en todas las situaciones.

Es preciso evitar a toda costa que se etiquete como *derecho del enfermo* lo que sólo son deseos, anhelos, utopías que, tal como está la sanidad, los centros sanitarios y las legislaciones, no se pueden convertir en derechos. Porque el retroceso inevitable haría que el auténtico derecho no fuera más que un deseo ineficaz y vano, sin garantías posibles.

A nadie se le oculta que reconocer y llevar a la práctica los derechos del paciente no es tarea fácil. Es necesario un cambio radical y rápido. Es necesaria una revolución moral.

Es preciso promover, colaborar y potenciar todos los esfuerzos encaminados a conseguir la utopía de que todos los ciudadanos gocen del mayor grado de salud posible. Los servicios relacionados con la salud van directamente al hombre. Son servicios que se prestan a algo que el hombre estima, individual y colectivamente, por encima de todo: la salud, concebida como «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa». Y luchar para que el enfermo:

- No sea rechazado fuera de la comunidad por motivo de su enfermedad, cualquiera sea la naturaleza o la gravedad de la misma.
- Sea un ciudadano privilegiado por su propio estado de salud.
- Sea *objetivo prioritario* del Estado en la asistencia sanitaria a los marginados y atención a las clases bajas y zonas pobres.

Asimismo, promover la defensa de los derechos personales en los centros y servicios sanitarios: el derecho a la plenitud de vida posible; a la asistencia sanitaria mejor posible; a que se respete su intimidad; a recibir una información completa y continuada, con un lenguaje asequible y claro; el derecho a morir con dignidad; el derecho a que se preste especial atención a su dimensión religiosa, respetando la libertad religiosa y filosófica.

HUMANIZAR LA ATENCION AL ENFERMO

La ciencia, la técnica y la profesionalidad de la medicina ha llegado a metas muy estimables. Resulta mucho más asequible para todos los ciudadanos. Ha extendido a la mayor parte unos servicios, que hasta hace poco eran patrimonio exclusivo de las clases sociales más altas.

Por otra parte, la situación creada por la socialización de la medicina, financiando los costos mediante organismos de mantenimiento de la salud, es un hecho patente.

Estas características de la medicina moderna tienen sus pros y contra manifiestos. Se ha llegado hasta metas muy estimables, se han salvado muchas vidas, la vida se ha prolongado notablemente y en pocos campos de la ciencia se ha logrado progresos tan espectaculares como en la cirugía; pero no podemos olvidar los problemas que la socialización, la técnica y la profesionalización crean desde el punto de vista del riesgo que se corre, al absolutizar estos medios, de despersonalizar el ser humano, el enfermo.

Las bellas frases acuñadas («la medicina es un sacerdocio», «al enfermo se le ha de prestar una asistencia integral, etc...») tropiezan con la cruda realidad de la creciente deshumanización de la medicina. La tecnificación de la medicina ha empobrecido enormemente las relaciones humanas entre el personal sanitario y el enfermo. Hoy día, el hombre está mucho mejor atendido clínicamente, pero sufre más solo y muere abandonado, aunque se encuentre cercado por una verdadera maraña de tubos, sondas, pantallas... El enfermo es la consecuencia de miles de fichas; un sujeto en observación que está internado en el ala tres, del departamento ocho, bajo el número treinta y seis, bis, en la cama nueve del hospital «X». El paciente no es una persona, es un enfermo de un hospital todo saturado de técnica, y cabe preguntarse si queda algún lugar para el humanismo.

Si continúa la evolución actual, y todo hace pensar que no sólo va a continuar, sino que se va a acelerar, llegará el momento en que el enfermo rogará al médico que, por lo menos, le escuche, aunque no le mande hacer ninguna radiografía ni ningún análisis.

El progreso técnico en el mundo sanitario no es en sí mismo un progreso moral ya que la técnica, por sí misma, no hace al hombre mejor, ya que nada tiene que ver con la opción fundamental que el hombre adopta a favor de Dios o contra Dios. La técnica no puede prescindir de la dignidad humana del enfermo que podrá salvarse solamente cuando se salven sus derechos personales.

Es preciso respetar la dignidad de los enfermos tratándoles con competencia y técnica y prodigándoles la calidad de atención y de ternura.

Los cristianos estamos llamados a colaborar en la erradicación del sufrimiento de los enfermos, trabajando por unas *relaciones interpersonales* en las que quede desterrado el egoísmo antiamoroso que engendra hacia el enfermo *una cierta sonrisa* profesionalizada, símbolo de la deshumanización del mundo sanitario.

ACTUALIZAR LA PASTORAL DE LA SALUD

COMUN VOCACION HACIA LOS ENFERMOS

Todos los cristianos, miembros de un mismo cuerpo, participan necesariamente de un mismo destino: «Así, cuando un órgano sufre, todos sufren con él» (1 Cor 12, 16). Se trata, por tanto, de una tarea de toda la Iglesia. El alcance de esta afirmación es grande no sólo para el bien de los enfermos, sino para toda la vida eclesial. Uno de los mayores obstáculos de la auténtica vida comunitaria de las Iglesias locales es la falta de objetivos concretos para una acción continuada, verdaderamente común. La conciencia de una común vocación a prestar a los enfermos, una continuada asistencia integral (somática, social, psicológica y religiosa) puede contribuir a que los cristianos formen *una auténtica comunidad*.

«Sin embargo, tengamos cuidado en no confundir a la Iglesia con un organismo de asistencia sanitaria, ¡sería ridículo! La Iglesia es la comunidad de salvación en el nombre del Señor y Salvador Jesús. Tenemos que preguntarnos con seriedad y experiencia cristiana por el contenido teológico de la salvación de Jesús... Los hombres de Dios a unos les daban la curación corporal y a todos el consuelo de poder de Dios. Muchos aceptan en sus vidas a Dios y todos ellos quedan confortados, aunque no todos sean curados»*.

SERVICIO DESINTERESADO AL ENFERMO

El enfermo ha sido siempre un centro de interés en la acción de la Iglesia. La forma de presencia eclesial en el mundo de los enfermos, para ser hoy fiel al Evangelio, exige se le preste un *servicio desinteresado al enfermo*. Los

* *Imágenes de la fe*, N.º 112, pág. 8.

cristianos somos testigos del amor gratuito de Dios que nos amó primero: esto no sólo significa: «nosotros respondemos a su amor», sino que primordialmente quiere decir: «nosotros somos capaces de amar desinteresadamente, porque El hizo el comienzo, porque El —con su amor— nos ha dado la fuerza para ello».

La caridad cristiana tiene como fin la ayuda eficaz a los enfermos y su sentido propio no está en procurar una satisfacción subjetiva al que la practica, sino en asegurar el bien real del prójimo. El cristiano no busca nada del enfermo más que la oportunidad de servirle, sin ninguna otra intención interesada, incluso religiosa. La enfermedad del hermano es para el cristiano *presencia redentora de Cristo* que me hace deudor y reclama mi gratitud y adoración traducidas en servicio eficaz y generoso. No se hace caridad para ganar a aquél a quien se sirve.

La pastoral de la salud actual es especialmente sensible a un trato en que se va a la persona porque es persona, sin buscar nada, de manera totalmente gratuita, ya que el enfermo teme que nadie le quiera por sí mismo.

LA PASTORAL DE LA SALUD NO ES UNA TEORIA

La Iglesia que predicase de palabra el amor a los enfermos y no los sirviese, faltaría en los hechos. «Si el término no estuviera devaluado —escribe J. M. R. Tillard—, por haber sido manoseado sin inteligencia, diríamos que los cristianos comprometidos en la función de la salud en nombre del Evangelio aseguran el núcleo de praxis sin el cual la Buena Noticia se reduciría a una teoría».

La fe que salva ha de plasmarse en un compromiso de vida, traducido a obras de amor (Gal 5, 6). De no ser así, el cristiano alimentaría una fe vacía y falta de contenido salvífico. Es la fe muerta de la que habla el apóstol (1 Cor 15, 14) y ésta sólo sirve para hinchar al hombre, sin darle la plenitud necesaria para salvarse (1 Cor 13, 2). No basta, pues, blasonar de creyente. Ser cristiano supone una actitud traducida en un compromiso de vida por expandir ese reino que el resucitado presenta como liberación genuina del hombre.

No podemos cerrar las puertas a cuantas iniciativas pastorales, en el mundo de la salud, respiran ilusión, entusiasmo, espíritu de superación y lucha por un mundo sanitario mejor. No podemos desentendernos de los enfermos, limitándonos a decantar nuestra propia interioridad, pero sin incidencias en las situaciones personales y estructurales de los mismos.

TODOS RESPONSABLES AL SERVICIO DE LOS ENFERMOS*

Toda la Iglesia está implicada, *preocupada*, por los enfermos; la comunidad cristiana debe ser hoy la gran servidora; ella es la continuadora de las palabras y gestos de Jesús; ella debe encarnar el mensaje de la misericordia y debe hacer crecer el carisma del servicio.

Esta preocupación de siempre la recuerda constantemente el Concilio Vaticano II en diversos documentos:

- «Al obispo corresponde suscitar en su pueblo, sobre todo entre los enfermos y oprimidos por la desgracia, almas que ofrezcan a Dios oraciones y obras de penitencia con generoso corazón por la evangelización del mundo» (AG 38).
- «Llevados de espíritu fraterno, no olviden los presbíteros la hospitalidad, cultiven la beneficencia y comunión de bienes, solícitos señaladamente de los enfermos, afligidos, cargados en exceso de trabajos, solitarios, desterrados de su patria, así como de quienes son víctimas de la persecución...» (PO 8).
- «Pero si es cierto que los presbíteros se deben a todos, de modo particular, sin embargo, se les encomiendan los pobres y los más

* HH. San Juan de Dios. Secret. Intern. P.S. *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia*. Ed. Hospitalaria. Barcelona, 1982, pág. 13-14.

débiles... Tengan la mayor solicitud por los enfermos y moribundos, visitándolos y confortándolos en el Señor» (PO 6).

Esta preocupación no es exclusiva de quienes en la Iglesia han recibido la consagración para el ministerio; es de todos, debe serlo (CD 17; AA 6).

A esta labor están llamados todos, porque todos, directa o indirectamente, servimos a uno sólo: al enfermo. Además porque la vocación cristiana, por su misma naturaleza es vocación al apostolado; todo el esfuerzo del Cuerpo Místico se llama apostolado, todos sus miembros han de comportarse de forma activa (AA 2). A todos se impone el deber de trabajar para que el mensaje de salvación llegue a todos.

Los cristianos tienen su derecho y su deber al apostolado por la unión con Cristo-Cabeza; a él están insertos por el bautismo y han sido robustecidos por la confirmación (AA 3). Y es preciso que todos contribuyan a la expansión del Reino de Dios en el mundo (LG 35).

El Ritual de la Unción y de la Pastoral de los enfermos (N.º 57) subraya esta misma responsabilidad de los diferentes grupos, haciendo una alusión muy específica, tanto al laico profesional sanitario como a las religiosas sanitarias y a la familia del enfermo.

Hay que poner de relieve que la *Pastoral de la Salud* no es exclusiva de unos pocos.

El Papa ha revalorizado frecuentemente este sentido total y universal de cercanía y apostolado hacia los enfermos que compromete a todo bautizado. En su mensaje a los enfermos de España, en su reciente visita, se expresó de la siguiente manera:

«Para dar una eficacia mayor a la pastoral entre los enfermos, es necesario que toda la comunidad cristiana se sienta llamada a colaborar en esta tarea».

«Ahí tienen su puesto los miembros de los organismos eclesiales o religiosos, asociaciones y movimientos seculares católicos; ahí tienen su lugar las parroquias, llamadas a impulsar grupos específicos de apostolado y de voluntariado de ayuda a los enfermos. Así la comunidad cristiana hará presente en nuestra sociedad crecientemente secularizada el amor cristiano».

NECESITAMOS DEL ENFERMO

«En la Iglesia, los enfermos, con su testimonio, deben recordar a los demás el valor de las cosas esenciales y sobrenaturales y manifestar que la vida mortal de los hombres ha de ser redimida por el misterio de la muerte y resurrección de Cristo» (RE 5-7).

El enfermo nos invita a rectificar nuestra *escala de valores*. El enfermo no nos invita a un trato superficial ni funcional. Nos recuerda la verdad entera de nuestra vida, nos invita a reconocer y aceptar el hecho de la muerte y nos conduce hasta el fondo de nuestra fe. El Papa ha dicho en España que necesitamos del enfermo: «Y sois además para nosotros una constante lección que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida. Para vivir mejor los valores del Evangelio y desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda, el amor».

CATEQUESIS SOBRE LA VIDA, LA ENFERMEDAD, EL DOLOR Y LA MUERTE

Se ha afirmado, y con razón, que la aparición de la civilización técnico-industrial ha sido la mayor revolución cultural de la historia de la humanidad. Pero al mismo tiempo, una serie de realidades dolorosas, como la enfermedad, la muerte,

los accidentes de trabajo y de tráfico, las *enfermedades de la civilización*, cuestionan en el hombre de nuestro tiempo su *conciencia* de poderlo todo, de poder llegar a todo.

Es necesaria y urgente una catequesis profunda a los sanos sobre la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte a la luz del misterio pascual de Cristo.

LA VIDA

La vida humana es especialmente valiosa para el cristiano porque es *ya* vida eterna, que no debe frustrarse.

Al ser esto así, la vida del cristiano ha de ser necesariamente una vida según el Espíritu (que es más que la norma moral), y sólo esto le hace testigo del Cristo resucitado. Por eso, la defensa de la vida humana para el cristiano no se queda en la escala de valores antropológicos y éticos sino desde su propia experiencia de salvación en Cristo.

LA ENFERMEDAD

La enfermedad en el cristiano es un estado misterioso que no le quita la vida eterna, sino que cualifica su vivencia y su testimonio. Es *experiencia* de crucifixión gloriosa con Cristo que le pone en situación de apertura a la esperanza, pues vive *ya* lo que en plenitud espera y lo testimonia olvidándose de sí mismo en el amor e interés por los demás.

La enfermedad del hermano es para el cristiano *presencia* redentora de Cristo que me hace deudor y reclama mi gratitud y adoración, traducidas en servicio eficaz y generoso.

EL DOLOR

El *dolor* del enfermo no puede estamparse en documentos o alegatos. Sólo quien lo palpa al desnudo es capaz de valorarlo. Hablamos mucho del dolor de los enfermos, pero les ofrecemos el bálsamo de una recompensa ultraterrena, invitándoles a aceptar con resignación los sufrimientos. Para esto no era necesario que Jesús fundara una Iglesia. Si lo hizo fue para brindarles también en el más acá un auténtico mensaje liberador. El dolor no está ahí para ser comprendido, sino para ser combatido: ésta es la conclusión que se saca cuando se narra la vida de aquellos que ayudaron a dar sentido al sufrimiento, no discutiendo sobre él, sino combatiéndolo tenazmente. Sólo al que no está sufriendo le queda voz para hablar sobre el sufrimiento.

LA MUERTE

Para el cristiano la muerte no es un final, ni un fracaso. Es la apertura a la posibilidad (*cielo*) de superar el estado de pecado (limitación, soledad, aislamiento, incomunicación, infelicidad, *absurdo*...), o el riesgo de cerrarse egoístamente en sí mismo y hacerse hermético a Cristo Salvador y hacerse eternamente *infierno*.

El morir cristianamente no salva al hombre en singular y como algo independiente, sino porque se ha dejado integrar por el espíritu de Cristo en el misterio de salvación que es la Iglesia, en el Reino de Dios, la comunidad de los que se dejan amar de Dios, abriéndose al amor mutuo entre ellos.

LOS SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS

Evidentemente, «toda pastoral de los enfermos encuentra la plena culminación en la celebración de los Sacramentos» (RE 59).

«La tradición eclesial acostumbra a definir el Sacramento como una acción simbólica, interpretada por la palabra que, en virtud de su institución por Cristo, transmite la salvación a los miembros de la Iglesia» (K. H. Schelkle).

La teología sacramental sólo tiene sentido si se encuadra en el marco de una cristología vista desde las necesidades más perentorias del hombre.

La renovación de la vida sacramental, en especial los sacramentos de los enfermos, necesitan de manera radical:

- Que la concepción de los sacramentos sea renovada, para que no se conviertan cada vez más en actos esporádicos e intrascendentes. Los sacramentos no son fórmulas mágicas que cambian la tesitura existencial del enfermo tan pronto como éste se somete a su ritualismo externo.
- Que el sacramento se vea como una fuerza cristiana ofrecida a la comunidad —de la que el enfermo forma parte—, para que sus miembros puedan optar a su realización existencial.
- Que se desarrolle una catequesis sacramental con los sanos en las parroquias. El sacerdote en los centros asistenciales no puede transformar las mentalidades.
- Que el ministerio del sacerdote con los enfermos, en la parroquia y en el hospital, no se polarice en la celebración de los sacramentos.

En relación con los sacramentos de los enfermos el Ritual (N.º 61 al 81) hace oportunas consideraciones sobre la penitencia, la comunión, la unción y el viático.

- **Penitencia.** Un momento crítico como es la enfermedad puede ser ocasión propicia para oír la llamada de Dios a la conversión (N.º 61, 62).
- **Comunión de los enfermos.** La Eucaristía servirá al enfermo, tentado de encerrarse en sí mismo, el sentido de la comunión total con Dios y los hombres que Cristo da a la vida (N.º 63, 64).
- **Santa Unción.** Es el sacramento específico de la enfermedad y no de la muerte... Sacramento de Vida, expresión de la acción liberadora de Cristo. La catequesis y las celebraciones comunitarias deberían insistir en esta idea... La Unción no es el anuncio de la muerte cuando la medicina no tiene ya nada que hacer. Tampoco es ajena al personal sanitario y asistencial, pues es expresión del sentido cristiano del esfuerzo técnico. Por todo ello, sería muy de desear que el personal sanitario participara en la celebración para que pudiera abrir mejor el conjunto de su acción terapéutica a la vertiente sobrenatural propia del sacramento... (N.º 65, 76).
- **El Viático.** Está enmarcado en el Ritual en el epígrafe «Sacramentos de los moribundos». En verdad, el Viático «es el sacramento del tránsito de la vida. La comunión en forma de Viático marca la última etapa de la peregrinación que inició el cristiano en el bautismo. Viene a completar un itinerario eucarístico comenzado el día de su primera comunión... El enfermo deberá recibirlo con plena lucidez...» (N.º 77, 81).

ABIERTOS A LA ESPERANZA CON EL HOMBRE QUE SUFRE

«No tenemos un Sumo Sacerdote que no pueda compadecerse de nuestras flaquezas, sino probado en todo igual que nosotros, excepto en el pecado» (Hebreos 4, 15).

El camino hacia la Vida pasa por la Cruz, por el sufrimiento. Jesús es el Varón de dolores que afronta la agonía y sufre la muerte en cruz, pero Dios lo resucitó. Y esta es nuestra esperanza.

El hombre moderno tiene hoy experiencia de la presencia en su vida del dolor y de la muerte, aspectos que no debe trivializar y tampoco reducir a simples leyes de la vida, porque corre el peligro, igualmente, este hombre moderno, en una nueva concepción de que la técnica lo puede todo, de secuestrar del dolor y de la muerte la dimensión íntima, religioso, misteriosa.

El hombre sufre hoy, muere hoy, y porque este sufrimiento y esta muerte son algo suyo, personal e irrepetible, debe asumirlos, debe darles cabida en su vida; debe darles sentido. Urge que el hombre sepa por qué sufre y qué sentido tiene este sufrir y este morir. Conviene liberar al dolor y a la muerte de su sentido absurdo e intrascendente; es necesario trascenderlos para poder aceptarlos e integrarlos. Es necesario liberar al hombre de la alienación que produce el sufrimiento —el sufrir y el morir— vividos sin horizontes.

En los momentos sublimes —en el Cenáculo, en el camino hacia el Calvario, en la Cruz misma— Jesús tiene palabras de perdón y de reconciliación, lavatorio aquel de amor, esencial para el perdón y la reconciliación; y la mirada a Pedro, mirada de acogida; y a Judas, a las mujeres, al buen ladrón: «Hoy estarás conmigo en el Paraíso» (Marcos, cap. 14 al 16).

Jesús aceptó el dolor, pero como signo de liberación; descubrió y vivió su significado. «Era necesario que el Hijo del Hombre padeciera y muriera» (Mc 8, 31). Y realizó la entrega total «hasta la muerte y muerte de cruz» (Flp 2; 8). Pero Dios lo exaltó y le dio un nombre sobre todo nombre. Y desde este momento la muerte ha sido vencida por la Vida.

Por tanto, Cristo realiza una reconciliación con el sufrimiento y, la Iglesia, que es cuerpo de Cristo, debe continuar esta celebración de reconciliar.

«Ahora me alegro de mis padecimientos por vosotros y suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo que es la Iglesia...» (Col 1, 24).

El germen de fecundidad depositado por Cristo y la Iglesia en la tierra del dolor humano se convierten en salvación: «En verdad os digo que si el grano de trigo no cae en tierra y muere, quedará solo; pero si muere, llevará mucho fruto» (Jn 12, 24).

La pastoral del sufrimiento entra dentro de la acción pascual de la redención. La Iglesia debe realizar la alianza con el sufrimiento, la misma que Cristo realizó con la muerte para vencerla (I Cor 15, 54). Y naturalmente, este encuentro debe provocar en la Iglesia una experiencia pastoral.

En esta experiencia pastoral se trataría de profundizar en la dimensión total e integral del hombre y ver cómo se vive enfermo, qué dimensiones de su existencia, de su biografía, de su historia quedan más afectadas, a causa de la enfermedad.

Un acompañamiento pastoral al hombre que sufre no es ajeno a la dimensión técnica y terapéutica que lucha y se esfuerza por aliviar y quitar el dolor; no es ajeno a los interrogantes profundos que se hace el hombre, preguntándose ahora por lo fundamental de la vida, por lo que tiene peso y firmeza.

Un acompañamiento pastoral, realizado desde la comprensión del hombre y desde la dimensión de la fe, puede convertirse en una ocasión de solidaridad, de liberación; puede ser un tiempo de gracia, tiempo de salvación.

Porque todo ello puede ser realidad, es por lo que se hace más urgente adecuar la pastoral —la presencia de la Iglesia— a estos momentos y a las diferentes etapas del enfermo.

No podemos ofrecer y celebrar indiscriminadamente los signos de la fe con todos los enfermos, pero deberemos acompañar al enfermo para que él descubra su propia realidad. La enfermedad, con todo su espacio de tiempo y de soledad, con el cúmulo de interrogantes que produce, le ayudará, a buen seguro, a ponerse en camino de reconciliación, de comunión con Dios y con los hermanos.

Una pastoral de enfermos que se ha hecho presente desde el inicio y en las diversas experiencias del enfermar del hombre, una pastoral que se hace encuentro y sacramento en las distintas actividades sanitarias, humanas y sociales, es una buena ocasión para el reconocimiento del amor de Dios en nosotros que

nos acoge aunque estemos lejos, que nos perdona aunque seamos pecadores; es una buena ocasión para sentir este perdón y poderse reconciliar mediante el sacramento de la penitencia.

SUGERENCIAS

- Se hace necesaria una catequesis a los sanos sobre la vida, el dolor y la muerte, a fin de que les ayude a captar su significado y el sentido que tienen.
- Urge cada vez más actualizar la pastoral de enfermos a nivel del hospital y de la parroquia, realizando una adecuada programación y una concreta integración de las Instituciones y personas dedicadas al mundo de los enfermos y del Voluntariado.
- Conviene preparar agentes para una pastoral de enfermos:
 - Capellanes.
 - Religiosos(as).
 - Laicos.
- Se constata la necesidad de una revisión de las celebraciones *con* y *para* enfermos:
 - Bautismo de urgencia.
 - Penitencia.
 - Unción.
 - Eucaristía.
 - Celebración exequial.

Con frecuencia, algunas de estas celebraciones carecen de espacio e intimidad, se realizan con gran pobreza de signos y en medio de otras urgencias técnicas que oscurecen aún más su sentido y significado.

En estos momentos convendrá estar sensibilizados y acentuar aspectos importantes que se viven en el campo sanitario, por ejemplo, decir una palabra sobre la vida (que nace, crece, enferma, se nos va y se nos muere); decir una palabra sobre el esfuerzo técnico, el calor humano prestado, los valores trascendentes *experimentados* en la lucha por la salud; una palabra también que exprese nuestra propia limitación, nuestra carencia de medios, nuestra pobreza de signos en estos momentos. ¡Cuánta ocasión para el acercamiento y reconciliación pueden ser estos momentos para el enfermo, la familia, también para el personal sanitario.

- En no pocas ocasiones será difícil la celebración sacramental, pero la comunidad cristiana que cuida de los enfermos sentirá la necesidad de orar por ellos, teniéndoles presentes en su oración o reuniendo en torno al mismo enfermo a su familia para orar desde esta experiencia del dolor y pedir al Señor que conforte al enfermo y mantenga en la esperanza a quienes se sienten visitados por el dolor.

Conclusión

Este Sínodo quiere llegar a nuestro mundo roto por las diferencias y egoísmos de los hombres para realizar la Alianza que garantice el acercamiento mutuo.

Nuestro campo de salud es como un *cajón de sastre* donde inciden todos los fracasos, las angustias, los dolores, y todas las esperanzas, alegrías y contentos. Donde se da también rupturas y tensiones que hacen a veces difícil el acercamiento a la reconciliación. Pero que, con frecuencia es campo abonado para el esfuerzo, para la lucha, la ilusión, así como para la reflexión, la meditación profunda, la contemplación del misterio: ¿por qué el hombre sufre?, ¿por qué unos están sanos y otros enfermos?, por qué, por qué de tantas cosas que no entendemos.

Queremos contribuir, desde nuestro campo, a esta Reconciliación que necesita nuestro mundo y nuestra historia. Queremos también que la Iglesia —los cristianos— demos pasos, expresemos esta Alianza mediante la lucha por la justicia, la opción por los más necesitados, la promoción y defensa de los débiles, la atención humana, integral y amorosa, traducido todo en signos cada vez más creíbles, en organizaciones que enriquezcan a todos.

«Bajaba un hombre de Jerusalén a Jericó y cayó en poder de ladrones... Bajó por el mismo camino un sacerdote y pasó de largo. Asimismo un levita e hizo lo mismo. Pero un samaritano llegó a él y, viéndole, se movió a compasión, acercóse, le vendó las heridas, lo montó en su cabalgadura, lo condujo al mesón y cuidó de él. ¿Quién de estos tres te parece que fue prójimo? El que hizo con él misericordia. Contestó Jesús al doctor de la Ley: Vete y haz tú lo mismo» (Lc 10, 30-37).

BIBLIOGRAFIA

- O. M. S.
— *Alma-Ata, 1978. Atención primaria de salud.* (Serie Salud para todos, N.º 1. Ginebra, 1978).
— *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.* (Serie Salud para todos, N.º 2. Ginebra, 1979).
— *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000.* (Serie Salud para todos, N.º 3. Ginebra, 1981).
- MICHEL SALOMÓN: *El futuro de la vida.* Ed. Planeta. Barcelona, 1982.
- ERICH FROMM: *La revolución de la esperanza.* Fondo de Cultura Económica. México, 1970.
- BUREAU DE PASTORAL DE ENFERMOS DE BRUSELAS: *La comunidad cristiana y los enfermos.* Marova. Madrid, 1980.
- BERTAD, OSÉS, UBIETA: *La Iglesia en el mundo de la salud.* Edice. Madrid, 1982.
- HH. SAN JUAN DE DIOS: *Pastoral de enfermos en el hospital y en la parroquia.* Ed. Hospitalaria. Barcelona, 1982.
- PEDRO LUIS MARCHESI: *La humanización.* Ed. Hospitalaria, 1981.
- TILLARD: *En el mundo sin ser del mundo.* Sal Terrae. Santander, 1982.
- PONTIFICIO CONSEJO COR UNUM - CIUDAD DEL VATICANO.
— *Acciones de sanidad en favor de una promoción humana.*
— *Actividades de la Iglesia en el dominio de la salud.*
— *Nueva orientación de los servicios de sanidad en función de la asistencia sanitaria primaria.*
— *Algunas cuestiones de ética relativas a los enfermos graves y a los moribundos.*
- CONGREGACIÓN DE RELIGIOSOS: *Religiosos y promoción humana.* PPC. Madrid, 1981.
- SÍNODO DE OBISPOS 1983 - DOCUMENTO DE TRABAJO: *La reconciliación y la penitencia en la misión de la Iglesia.* PPC. Madrid, 1983.

Organización de hospitales

LA REHABILITACION DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

INTRODUCCION

La rehabilitación es el proceso por el que una persona afecta de una disminución fisiológica y con limitaciones físicas, psíquicas y socioambientales, consigue, a través de la aplicación de ciertas técnicas terapéuticas, un máximo nivel de desarrollo personal.

No hay que confundirla con la habilitación, la cual significa dotar a la persona de capacidades nuevas (amputados, paraplejas, etc.).

PERSONAL INTEGRANTE

El personal que compone un equipo de rehabilitación, tanto en un centro como en un servicio especializado, será: Médico rehabilitador. Fisioterapeutas. Terapeutas ocupacionales. Auxiliares de rehabilitación. Auxiliares administrativos. Y con la colaboración de: Asistentes sociales, psicólogos, logopedas, maestros, etc.

OBJETIVOS

Una vez explicados los fines principales de la rehabilitación y el personal integrante, expondremos algunos medios o técnicas más importantes para conseguir dicho fin y las consecuencias de no realizar una profilaxis adecuada. El aspecto fundamental será el referente a la rehabilitación aplicada en enfermería de planta, como son: Cuidados posturales del enfermo encamado. Cinesiterapia. Colaboración familiar.

CUIDADOS POSTURALES DEL ENFERMO ENCAMADO

Profilaxis y consecuencias de su falta de aplicación

Cualquier tipo de enfermedad requiere una permanencia en cama, sobresaliendo aquellas con un tipo de patología en las que hay que poner una mayor atención por sus especiales condiciones de permanencia en cama o características propias de dicha enfermedad (grandes traumatizados, comas, post-operados, traumáticos graves, períodos agudos de parálisis, etc.).

Esta condición del encamado comporta en los distintos sistemas unas consecuencias que son importantes conocer para poder evitarlas. Con demasiada frecuencia, los pacientes sufren complicaciones independientes de su enfermedad, por ejemplo: La fuerza de la gravedad y el peso de las sábanas ejercen una tracción sobre el pie paralizado, resultando el pie equino. Igualmente se acortan sobre todo los músculos flexores, rotadores externos de la cadera y los flexores de la rodilla, etc., dificultando así la ulterior puesta en bipedestación. Varias almohadas debajo de la cabeza y una incorporación demasiado acentuada y prolongada en cama doblan la columna cervicodorsal y lumbar. La postura de pie y la postura en cama pueden ser iguales.

Estas son las consecuencias de vicios posturales que más frecuentemente nos encontramos en el sistema músculo esquelético produciendo las: Atrofias musculares. Contracturas y rigideces. Retracciones y anqui-

losis. Osteoporosis (como consecuencia grave de la inmovilidad).

También pueden provocar úlceras de decúbito por presión constante en las superficies de la piel, fáciles de aparecer, incluso a las veinticuatro horas, y muy difíciles de desaparecer.

En el sistema respiratorio sabemos que a menor actividad, menor gasto de oxígeno, lo cual conlleva, que, cualquier encamado tenga una actividad respiratoria menor, dando insuficiencias respiratorias por decúbito, aumento de secreciones y sus consecuencias (atelectasias, enfisemas, etc.). Sucediendo también anomalías de los otros sistemas, isquemias y trombosis en el cardiovascular, retención de heces y orina en el sistema digestivo y urinario y un efecto digno a tener en cuenta, el stress psíquico-emocional del individuo.

Correcto plan de posturas

Todo ello puede evitarse con un correcto plan de posturas del enfermo encamado; para ello debemos hacer: Valoración del paciente (ver el tipo de enfermedad que padece). Elección de posiciones y equipo apropiado (almohadas, rodillos, cojines). Elección de un programa de posturas. Adhesión al plan.

Posturas

Hay cuatro posturas fundamentales en el enfermo encamado.

Decúbito supino

Cabeza: Colocar una almohada pequeña, semidura o sin almohada.

Tronco: Cuerpo alineado, columna vertebral recta.

Miembros superiores: Hombros en rotación interna o externa alternando indistintamente, brazo afecto en posiciones diversas. Codo flexionado o extendido, apoyando la mano en una almohada y cogiendo un rodillo.

Miembros inferiores: Caderas rectas o alineadas, evitar rotación externa (postura de libro abierto en los niños producida por el exceso de compresas en el pañal), colocar rollo antirrotatorio o sacos de arena en trocánteres mayores. Rodillas alineadas permitiéndose una flexión de 5° y alternando con la extensión completa. Pies en posición neutra a 90°.

Decúbito lateral

Cabeza: Alineación con la columna vertebral. Colocar almohadas rellenando el espacio entre cabeza y colchón.

Tronco: Alinear columna vertebral. Si el enfermo está grave, no colocar del lado afecto (permitiéndose unos grados de inclinación lateral). Si el enfermo lo tolera, el tiempo de permanencia sobre el lado afecto será menor.

Miembros superiores: Flexionar delante de la cabeza el miembro que se apoya en la cama sobre la almohada y apoyar el otro miembro sobre el cuerpo o sobre una almohada o cojín recto (alternando). Colocar rodillos en las manos o simples vendas en los niños.

Miembros inferiores: En línea con la columna vertebral, pero no descansar nunca una pierna sobre la otra para evitar escaras por presión.

Alternar la flexión de la rodilla y cadera de cada miembro. Colocar almohada entre ellos. Tope antiequino en los pies (a 90°). Debe tenerse un cuidado especial del hombro, cadera, rodillas y tobillos del lado que descansa en la cama por los problemas de escarificación. Seguirán alternando los decúbitos laterales derecho e izquierdo si el tipo de enfermo lo tolera.

Decúbito prono

Cabeza: No poner almohada, alternar el apoyo de la cabeza a un lado y a otro. Si está afectado alguno de los lados evitar su apoyo.

Tronco: Alinear columna vertebral. Colocar almohada plana debajo del abdomen para evitar la hiperlordosis lumbar.

Miembros superiores: Almohada-rodillo ovalado debajo de los hombros, colocado longitudinalmente. Codos en flexión y extensión alternantes. Muñecas en extensión y rodillos en las manos.

Miembros inferiores: En línea con la columna vertebral. Rodillas en extensión. Pies entre el estribo y el colchón, colocar almohada debajo del tobillo.

Esta postura de decúbito prono se utiliza sobre todo en los enfermos operados de columna. No usándose en enfermos con problemas respiratorios.

Debemos vigilar las zonas de presión y poner especial cuidado en las zonas enrojecidas para evitar las escaras. Se deberá dar un ligero masaje con alcohol de la zona enrojecida o isquémica.

Elección de un programa de posturas

Todas las posiciones anteriormente mencionadas deberán alternarse según las necesidades del enfermo. Un plan general podría ser: Alternar posturas de decúbito supino, laterales y prono, si lo tolera, cada dos o tres horas. Posición nocturna libre, de cuatro a seis horas, predominando la posición de decúbito supino.

Férulas

En caso de que el enfermo necesitase férulas para evitar vicios posturales, se debe intercalar en el programa de cambios posturales de tal forma que coincidan en el horario de posturas, supina las férulas de tipo antirrotatorio y antiequino y las concernientes a las posturas del codo. Siendo indiferente el horario de colocación del resto de ellas. Se colocarán durante

dos horas, con un intervalo de otras dos horas de descanso. Durante la noche pueden llevarse siempre. Es importantísima la correcta colocación y ajuste de estas férulas para que cumplan su efecto ya que de lo contrario aumentarían las deformidades, muy difíciles de corregir y producirían escaras que evolucionan en ulceraciones posteriores.

CINESITERAPIA

Concepto

Es el tratamiento a través del movimiento. Es un método de gimnasia aplicable a enfermos que presentan una deficiencia general o particular. Nos referiremos a pacientes con: Lesiones o anomalías musculares (atrofia muscular posterior a larga inactividad). Deformidades del esqueleto y especial de la columna vertebral (escoliosis o desviación lateral de columna, etcétera). Ciertas deformidades o lesiones articulares (retracción post-enyesamiento). Ciertas deficiencias o enfermedades orgánicas y sus secuelas, particularmente en enfermedades de los sistemas: cardiovascular (isquemias, trombosis, etc.) respiratorio (atelectasias, enfisemas, aumento de secreciones, etc.) nervioso (traumatismo en sistema nervioso periférico con roturas o estiramientos de nervios); digestivo (retención de heces); genito-urinario (retención de orina). En las deficiencias de orden neuro y psicomotor (alteraciones en el sistema nervioso central, trastornos del equilibrio, coordinación, sistema nervioso vegetativo, parálisis cerebral infantil...).

Clasificación

La cinesiterapia la podemos dividir en:

Pasiva: Simple. Manipulaciones. Forzada: liberación articular, tensión o extensión, tracción o elongación.

Activa: Asistida. Libre. Resistida.

Será misión de enfermería en planta aplicar la cinesiterapia pasiva simple, activa asistida y libre que el fisioterapeuta haya escrito en la historia general. Y la función del fisioterapeuta, el control y pautas de estas, más la realización del resto de ellas (cinesiterapia pasiva forzada, manipulaciones).

En primer lugar, colocaremos al paciente en posición supina apropiada, sin almohada, con los miembros inferiores y superiores alineados. Después haremos un balance tanto articular como muscular del paciente (ver si hay acortamientos musculares o atrofias) para aplicar el tipo de cinesiterapia adecuada, ya que esta es la base en cualquier tratamiento de rehabilitación.

Cinesiterapia pasiva simple

El movimiento se realiza por medio de una fuerza externa, generalmente con las manos. El paciente no

ayuda, ni ofrece resistencia. Se utiliza en enfermos en cuya musculatura no hay contracción o en los que habiendo una contracción muscular, no pueden realizar el movimiento (niños con parálisis y gran atrofia muscular).

Tienen como fin: Evitar contracturas (acortamientos musculares) que limiten la movilidad. Mantener las imágenes sensorial y motora (noción de postura y espacio y patrón de movimiento). Base de enseñanza para ejercicios libres. Para realizar una buena cinesiterapia pasiva debemos conocer el estado de la articulación para no provocar dolor (posible rotura de partes blandas), ni espasmo muscular de defensa. Además, inmovilizar bien el segmento a tratar. Será en todos los sentidos, arco de movimiento o ángulo útil de cada articulación.

Cinesiterapia activa asistida

Es la que ayudamos manualmente al paciente en su realización. Se aplica en enfermos cuya musculatura pueda realizar un movimiento anulando la fuerza de la gravedad (post-enyesados en los que su musculatura ha sufrido una gran atrofia, poliomieltis cuyo estado muscular lo consiente, post-operados traumáticos, etc.). Conseguimos un aumento de potencia muscular y tiene gran importancia por sus beneficios físicos y psíquicos pues el paciente colabora realizando movimientos que en otras situaciones no podría realizar.

Cinesiterapia activa libre

Los movimientos son realizados por el propio paciente sin ayuda ni resistencia de ninguna clase. Se utiliza en pacientes cuya musculatura puede realizar el movimiento completo venciendo la fuerza de la gravedad (niños en reposo durante mucho tiempo cuya musculatura se atrofia, antes de ciertas intervenciones quirúrgicas, niños con enfermedad de Perthes, etcétera).

Pretendemos: Mejorar la potencia muscular. Mejorar el fondo físico (resistencia muscular).

Cinesiterapia respiratoria

Tiene gran importancia la cinesiterapia respiratoria en enfermos encamados por las consecuencias que sufren como ya indicamos antes (aumento de secreciones sobre todo en los lóbulos basales, enfisemas, atelectasias, etc.). Para realizar estas, realizaremos la toilette pulmonar, drenajes posturales, klapping, etc.

Habrà que indicar que haga ejercicios respiratorios (inspiraciones y espiraciones forzadas, soplar, hinchar globos, etc.) de forma que utilice al máximo la capacidad pulmonar y que los músculos que actúan en la respiración (Diafragma, sobre todo intercostales) no se atrofien.

Resumen

En resumen, cuando el profesional de enfermería de planta hace unos ejercicios de amplitud de movimientos, su meta principal es conservar las condiciones físicas actuales del paciente, evitando con ello, deformidades, atrofas y, posteriormente, pérdida del movimiento. Al considerar esta meta debe hacerse una distinción entre la responsabilidad del objetivo del ATS y la del fisioterapeuta.

A continuación incluimos un cuadro explicativo y significativo de funciones.

Es función de enfermería en planta: Cuidados posturales. Colocación de férulas. Cinesiterapia pasiva. Cinesiterapia activa asistida y libre. Colaborar con la cinesiterapia respiratoria.

Es función del fisioterapeuta: Programar la pauta de cuidados posturales. Confección de férulas y su control. Control de la cinesiterapia aplicada y realización del resto de ellos. Indicar posturas de drenaje respiratorio (Kabbat respiratorio, etc.).

COLABORACION FAMILIAR

La información a la familia sobre el proceso del niño, es fundamental desde el primer momento. Una información que se verá dirigida hacia dos aspectos y posibilitará un tercero.

Esta información tendría como primer objetivo, hacer a los padres conscientes de la enfermedad de su hijo, con las limitaciones que pueden sobrevenir al niño y las posibilidades y metas del tratamiento. De este primer aspecto el fisioterapeuta sería el encargado.

A la vez, y como segundo punto, se incidiría en lo decisivo de la actuación del personal de enfermería (cuidados posturales, férulas, etc.); una colaboración en este sentido asegura un buen cumplimiento de los objetivos fijados.

Paralelamente a lo anterior, ya que se ha de entender todo esto como un proceso unitario, hacer partí-

cipes a los padres de la rehabilitación de su hijo. No permitir una trasferencia de la enfermedad del niño exclusivamente en nosotros. Insistir en que la rehabilitación no se reduce a las horas o momentos en que actúa el especialista, sino que se inserta en un marco general que comprende las veinticuatro horas del día, considerándola como cualquier otra terapia prescrita. No realizar estas indicaciones ocasionará reacciones negativas que dificultarán en alguna medida el tratamiento.

A MODO DE CONCLUSION

Estaríamos satisfechos de haber logrado con estas comunicaciones una toma de conciencia del personal de enfermería, de la importancia de la aplicación de estas técnicas (cuidados posturales del paciente encajado y cinesiterapia) y, lo fundamental, la colaboración familiar en esta tarea.

Nos parece que nuestra misión es reintegrar al paciente a la sociedad con el máximo nivel de capacidad y con la consiguiente satisfacción por nuestra parte de haberlo conseguido.

Por último, señalar que tan importante es aplicar unas técnicas terapéuticas como una mayor humanización en nuestra tarea.

BIBLIOGRAFIA

- GARDINER, M. D.: *Manual de ejercicios de rehabilitación*. Ed. Jims. Barcelona.
- LAPIERRE, A.: *La reeducación física*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1974.
- STRYKER, R. F.: *Enfermería de rehabilitación*. Ed. Interamericana. México, 1974.
- VARIOS AUTORES: *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. (Kinesitherapie et reeducation fonctionnelle)*. Editions Techniques. París.

JOAQUIN FAGOAGA

Pastoral sanitaria

UNA ETICA DEL RESPETO A LA VIDA

Reflexiones pastorales de la conferencia
de los obispos católicos del Canadá (7 de septiembre de 1983)

INTRODUCCION

Hoy día, más que en cualquier otro momento de la historia, la vida humana se encuentra amenazada no solamente en su desarrollo, sino en su misma existencia. El espectro de la guerra nuclear hace planear sobre la humanidad la sombra del miedo. Los gobiernos, ya sean de derechas o de izquierdas, despojan, por razones de seguridad nacional, a sus propios ciudadanos de sus derechos fundamentales. Ciertas políticas económicas, tanto a nivel nacional como en el plano internacional, generan injusticias sociales que atentan contra la dignidad de la vida personal y familiar. Nuestro país, por su parte, es testigo de amenazas todavía más directas contra la vida. Desde hace algunos años se encuentra asaltado por una oleada de abortos, tanto más perniciosos por el hecho de que se ataca a seres sin defensa.

Como Conferencia Episcopal hemos intervenido muchas veces en el pasado para denunciar todo atentado contra la vida humana. Somos conscientes de que estas agresiones tienen un lazo común y que permaneciendo mudos ante cualquiera de ellas minaríamos de hecho el respeto de toda vida humana. Esta es la causa por la que en esta intervención deseamos proclamar nuestro respeto por la vida desde su comienzo y recordar la postura de la Iglesia sobre el aborto, porque estamos convencidos de que el aborto se revela como un gesto radical contra la vida misma.

Deseamos con ello suscitar en la comunidad eclesial y en la sociedad un diálogo auténtico sobre este problema, a la vez delicado y complejo. Para llegar al mismo proponemos, en primer lugar, una reflexión sobre el carácter sagrado de la vida humana y el derecho a las condiciones que permiten su pleno desarrollo. Tal como lo afirmaba Juan XXIII: «Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la integridad física y a los medios necesarios y suficientes para una existencia decente»¹. Señalaremos seguidamente algunas pistas de acción tanto para la comunidad cristiana como para la sociedad en su conjunto.

EL CARACTER SAGRADO DE LA VIDA HUMANA

El derecho a la vida es inviolable

El valor de la vida humana

Las grandes cartas de los derechos de la persona reconocen que algunos derechos corresponden al ser humano por el hecho mismo de que es humano y su valor supera los criterios de rendimiento, de utilidad corporal o física a los cuales, con frecuencia, se ve reducido. Entre estos derechos, el primero y fundamental es el derecho a la vida, porque es éste el que hace

1. Juan XXIII, *Pacem in Terris*, número 11.

a los otros derechos posibles y les otorga su razón de ser.

El niño que va a nacer es un ser humano desde el momento de la concepción. Este hecho está establecido por las ciencias biológicas: «Toda la genética nos demuestra que los caracteres de cada uno, sus rasgos particulares, su corte de rostro, su color de piel y de cabellos son definidos con la máxima exactitud por el mensaje primitivo contenido en el óvulo fecundado»².

En la concepción comienza el lento y complejo proceso de maduración de un ser distinto de la madre en marcha hacia su plena estatura humana. Desde el mismísimo comienzo hasta el final de su vida es el mismo ser humano el que está llamado a conocer una evolución continua: «Las madres saben perfectamente que el niño que llevan se convierte, mucho antes de su nacimiento, en el socio de un secreto diálogo, el polo de un amor ya iniciado»³.

El ser humano, amado de Dios

Para nosotros, de tradición judío-cristiana, la vida humana reviste un carácter sagrado, «puesto que desde su origen requiere la acción creadora de Dios» (Juan XXIII, *Mater et magistra*, núm. 197). En efecto, el amor de Dios está actuado desde el comienzo de la vida: «Porque tú formaste mis entrañas, tú me tejiste en el seno de mi madre» [Sal 139 (138), 13].

Por ello, todo ser humano es querido por Dios y amado por sí mismo: «¿Puede la mujer olvidarse del fruto de su vientre, no compadecerse del fruto de sus entrañas? Aunque las mujeres se olvidasen, yo no te olvidaré. Mira, te tengo grabado sobre las palmas de mis manos» (Is 49, 15-16). Creado a imagen de Dios, el ser humano está llamado por ello a participar en la realización del plan de amor querido por Dios para la humanidad.

Para revelarnos el significado último del destino humano, Jesús, Hijo de Dios, se ha hecho él mismo uno de los nuestros. «Hombre perfecto, ha entrado en la historia del mundo, asumiéndola y recapitulándola en Él»⁴. Al aceptar la condición humana en todas sus dimensiones, salvo el pecado, el Verbo de Dios muestra que nada de lo que es humano le es ajeno.

Acción creadora de Dios, gesto redentor de Cristo, tales son los motivos determinantes que hacen que para nosotros la vida humana adquiera un valor inestimable. Es más, el Evangelio nos incita a preocuparnos de nuestro prójimo, en particular el más pobre y el más necesitado: «En verdad os digo que cuantas veces hicisteis esto a uno de mis hermanos más pequeños a mí me lo hicisteis» (Mat 25). Bajo este punto de vista, los niños que van a nacer ¿no deben exigir

toda nuestra solicitud precisamente porque son débiles y no tienen voz?

Querer solucionar los dilemas del aborto únicamente al nivel de la técnica o de las consideraciones económicas o legales es desconocer la naturaleza eminentemente espiritual del ser humano. La vida viene de Dios y solamente encuentra su sentido pleno en Él. Bajo esta óptica, el aborto provocado constituye un atentado radical contra la vida humana. Es la destrucción de un ser vivo inocente, sin defensa y amado por Dios; es un insulto al Dios-Creador. Ningún individuo ni ninguna colectividad pueden arrogarse el derecho de vida o de muerte sobre todo ser humano, por pequeño y pobre que sea. *No matarás*. Esto sería atribuirse el poder que solamente corresponde a Dios, dueño de la vida y de la muerte.

Por otra parte, no se pueden ignorar las consecuencias del aborto en la mujer: atentado contra su integridad corporal, a veces la esterilidad, desórdenes psicológicos de todo orden, etc.; ni en los niños que nacerán seguidamente: nacimientos prematuros y con frecuencia deficiencias mentales y físicas; también en la familia: relaciones interpersonales muchas veces comprometidas entre los esposos y entre los padres y los hijos; incluso a nivel del personal médico implicado: angustias, pesadillas, sentimientos de culpabilidad, estados depresivos, etcétera.

Por todas estas razones la Iglesia se opone firmemente al aborto: «Dios, señor de la vida, ha confiado a los hombres el noble ministerio de la vida y el hombre debe ejercerlo de una forma digna de él... La vida, pues, debe ser salvaguardada con el máximo cuidado desde la concepción. El aborto y el infanticidio son crímenes abominables»⁵.

Las investigaciones médicas y las técnicas que permiten hoy día detectar las enfermedades de los niños antes de su nacimiento, si se realizan con la finalidad de curar, constituyen una esperanza para la humanidad. Por el contrario, las investigaciones endo-uterinas tendientes al descubrimiento de embriones o de fetos tarados para poder eliminarlos rápidamente mediante el aborto deben ser consideradas como viciadas en el origen y, como tales, moralmente inadmisibles.

Toda forma de experimentación sobre el feto susceptible de atentar contra su integridad o de agravar sus condiciones es igualmente inaceptable, a no ser que se trate de un intento extremo por salvarlo de una muerte cierta. El médico se guardará escrupulosamente de todo tratamiento que pudiera constituir una forma solapada de aborto provocado. Es necesario que todos los responsables se pongan de acuerdo para reafirmar la prioridad de la ética sobre la técnica, la primacía de la persona sobre las cosas, la superioridad del espíritu sobre la materia⁶.

2. Dr. Jérôme Lejeune, Conferencia en Notre Dame de París, 10-10-82, en *L'Homme nouveau*, 19-12-82.

3. *Declaración del Episcopado Católico del Canadá sobre el aborto*, 7-2-1968, pág. 1.

4. *Concilio Vaticano II. La Iglesia en el mundo contemporáneo*, 38, 1.

5. *Idem, ibid.*, 51, 3.

6. Juan Pablo II, *Alocución al Congreso del Movimiento en favor de la vida*, 4 de diciembre de 1982, en *Documentation Catholique*, número 4, febrero de 1983.

El ser humano tiene derecho a una vida decente

La vida humana se encuentra hoy día amenazada bajo otras muchas formas, además del aborto. Basta pensar en la carrera de armamentos y en los peligros de un holocausto nuclear, en la polución de la atmósfera y en las aguas por los vertidos industriales, en las injusticias sociales generadas por los sistemas económicos basados más en el tener que en el ser, en el aumento del número de suicidios incluso entre los jóvenes y en la violencia bajo todas sus formas. No se puede ignorar, igualmente, los atentados multiformes contra la dignidad de la mujer.

Esta dimensión del respeto de la vida no puede, tampoco ella, dejarnos indiferentes, porque «estamos convencidos de que todos los esfuerzos que se realizan para salvaguardar los derechos de la persona sirven efectivamente a la vida humana»⁷.

Por esta causa, a lo largo de los últimos años hemos abordado numerosos problemas relacionados con las necesidades fundamentales del ser humano: Derecho a la alimentación, a una vivienda decente, al empleo; derecho a la cultura y a la autodeterminación; derecho de los aborígenes, de las personas ancianas, de los trabajadores, de los inválidos o víctimas de un defecto.

El problema no es quizá evidente para todos. Por tanto, cuando intervenimos en campos como la paz y el desarme, la crisis económica y la pena capital, un solo motivo nos anima: servir a la vida humana bajo todas sus formas y en todas las etapas posteriores de su evolución. Así lo afirmaba Juan Pablo II: «Cuando son reconocidos los derechos de las minorías, cuando se presta una ayuda a los minusválidos mentales o físicos, cuando se permite a los marginales dejarse oír, se promocionan la dignidad del ser humano, particularmente la del niño que va a nacer, no podemos decir otra cosa que un no categórico. Pues el valor de la vida sigue siendo siempre superior a la calidad del entorno que ella necesita. Lo cuestionado es el sentido mismo de la existencia humana. El aborto provocado nos enfrenta, por ello, con una opción fundamental: «La opción de la vida de calidad hasta la supresión de la vida y la opción del respeto de la vida hasta la aceptación de la contrariedad y del sufrimiento»⁸.

Por esta causa, y siendo plenamente conscientes del drama vivido por las mujeres que se ven en última instancia obligadas al aborto, nos vemos en la obligación de afirmar que semejante gesto sigue siendo una solución aparente y engañosa. La Iglesia, para ser fiel a sí misma, debe formular caminos nuevos y encontrar soluciones que se inscriban en la línea de la esperanza, del perdón y de la reconciliación.

7. Pablo VI, citado por Juan Pablo II, *Homilía sobre la familia*, pronunciada en el Mall de Washington, en «Documentación Catholique», 4 de noviembre de 1979.

8. Juan Pablo II. Cfr. Nota anterior.

9. P. E. Chabot, *El aborto* en RND, número 6, junio de 1983, pág. 5.

ALGUNAS PISTAS DE ACCION

Exigir leyes respetuosas de la vida

Ante las presiones realizadas para liberalizar la ley y hacer que el aborto sea más fácilmente accesible, sentimos la necesidad de reafirmar la posición que hemos defendido hasta ahora, tanto sobre la totalidad de los derechos humanos como sobre el derecho específico del niño a nacer.

En solidaridad con nuestros hermanos obispos del VI Sínodo (1980), repetimos el mensaje dirigido a las familias cristianas en el mundo moderno, y reiterado por Juan Pablo II en *Familiaris Consortio*: «... la Iglesia condena como grave ofensa a la dignidad humana y a la justicia todas las actividades de los gobiernos o de las autoridades públicas que intentan limitar, de alguna forma, la libertad de los cónyuges en sus decisiones concernientes a los hijos.

En consecuencia, toda violencia ejercida por las autoridades en favor de la contracepción, incluso de la esterilización o del aborto provocado, debe condenarse absolutamente y rechazarse con fuerza. Al mismo tiempo, es necesario condenar como gravemente injusto el hecho de que en las relaciones internacionales, la ayuda económica otorgada para la promoción de los pueblos esté condicionada por programas de contracepción, de esterilidad y de aborto provocado»¹⁰.

A las instancias gubernamentales queremos recordarles que el Estado tiene como misión preservar los derechos de cada uno, proteger a los más débiles y a los menos favorecidos. La ley humana no puede ir contra las leyes inscritas por el Creador en el corazón de todo ser humano; incluso, aun cuando el consenso social se oponga a ellas. Ella no puede declarar inocente lo que es contrario al derecho natural, porque esta oposición basta para hacer que una ley no sea ley¹¹.

A este respecto, es importante no subestimar el valor educativo de la ley. Con frecuencia, ¿no se consideran ciertos comportamientos como morales porque la ley civil los permite o los tolera? Ahora bien, una ley que permita el aborto es radicalmente inmoral. Un cristiano no puede aceptar tal ley, ni en su concepto ni en su aplicación: «No puede participar en una campaña de opinión en favor de semejante ley, ni dar a ésta su voto... Es inadmisibles que los médicos o los enfermeros se encuentren implicados en la obligación de contribuir de forma inmediata a los abortos y deben elegir entre la ley cristiana y su situación profesional»¹².

La gestión de los asuntos públicos debe ejercerse de forma responsable en el marco del orden moral, con miras al bien común. Dicha gestión debe garantizar

10. «Familiaris consortio», núm. 30.

11. *Congregación para la Doctrina de la Fe*. 18 de noviembre de 1974, número 21.

12. *Idem, ibid.*, núm. 22.

a todo ciudadano el usufructo efectivo de los derechos que le corresponden como persona, ya sea justamente en el comienzo de su vida en el seno de la madre, o en cualquier otra etapa de desarrollo. A este propósito queremos prestar nuestro apoyo a todos los ciudadanos y ciudadanas que luchan por el respeto a la vida y se comprometen por conseguir cambien las leyes que atentan contra la dignidad de la persona y ponen en peligro el sentido común de la vida humana.

Crear estructuras de acogida a la vida

Deseamos vivamente que allí donde no existan se organicen servicios de acompañamiento a la mujer embarazada en dificultades, a la joven adolescente embarazada, al joven padre adolescente y, en caso de necesidad, a sus familias; que esta ayuda se continúe con la madre no casada y con su hijo. Que se tenga una actitud de atención hacia las mujeres escarnecidas, despreciadas y abandonadas, como igualmente hacia aquellas que son víctimas de explotadores de la pornografía y de la prostitución, a fin de que encuentren nuevamente su dignidad y puedan desarrollarse, sintiéndose plenamente amadas en su medio de vida.

Además de estas iniciativas, deseamos sean establecidos en cada diócesis centros de consulta que reagrupen a profesionales de la sanidad de competencias diversas, así como equipos de acompañamiento cristiano. De esta forma se podrá responder a las necesidades de todos los que se encuentran en situaciones penosas y difíciles, sobre todo la mujer embarazada, su cónyuge y sus parientes, y ayudarlos a salir crecidos de su sufrimiento personal, conyugal y familiar. En este contexto conviene crear un clima que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona. En la perspectiva cristiana, en efecto, el desarrollo completo no puede realizarse sino en la reconciliación del ser humano, con él mismo, con los demás y con Cristo.

Invitamos ardientemente a los padres, a los educadores y a las comunidades cristianas a promover organismos y a apoyar proyectos, los cuales ayuden a los jóvenes a prepararse desde ahora a las misiones que deberán asumir mañana para construir una sociedad verdaderamente respetuosa de la vida y de la dignidad humana.

Deseamos ser sensibles a la angustia y la desesperación que los agobian frecuentemente frente a la vida y frente a su futuro. Con Juan Pablo II queremos decir a los jóvenes: «Vuestra sed de lo absoluto no puede satisfacerse por medio de sucedáneos que son las ideologías que conducen al odio, a la violencia y a la desesperación... Con la vivacidad propia de vuestra edad, con el entusiasmo generoso de vuestro corazón, corred al encuentro de Cristo, pues sólo El es la solución de todos vuestros problemas; El solo es el camino, la verdad y la vida; El solo es la verdadera salvación del mundo; El solo es la esperanza de la humanidad»¹³.

13. Juan Pablo II, *Alocución a los jóvenes*, 30 de enero de 1979.

Una cierta forma de obrar ha introducido en la mentalidad contemporánea un dualismo injustificable que separa el campo de la naturaleza humana del campo del espíritu. Invitamos a las instituciones, universidades y escuelas de formación de las ciencias humanas y médicas, a formar a los estudiantes para una visión global del ser humano, no reduciendo la enseñanza a las técnicas y a los mecanismos biológicos. «La dimensión espiritual del hombre es indispensable para una verdadera armonía personal, familiar y social»¹⁴.

Educar para el respeto a la vida

Toda iniciativa que tenga como finalidad promover el respeto de la vida debe encontrar su arraigo en convicciones y valores capaces de subrayar la profundidad misma de la vida humana. Por ello, las actitudes de justicia y de equidad, pilares de la sociedad, no se desarrollan sino en el seno de una educación que tenga en cuenta el ser humano en su totalidad y en su relación con el prójimo. Es a los padres a quienes corresponde el deber preferente de educar a sus hijos creando una atmósfera familiar cálida que favorezca la educación total, personal y social de éstos.

Estimamos que la educación sexual debe ocupar un puesto particularmente importante en las acciones por emprender para favorecer el respeto a la vida. «La educación del amor como entrega de sí constituye todavía las premisas indispensables para los padres llamados a impartir a sus hijos una educación sexual clara y delicada.

Ante una cultura que banaliza en gran parte la sexualidad humana, interpretándola y viviéndola de forma restrictiva y empobrecida, vinculándola únicamente al cuerpo y al placer egoísta, el servicio educativo de los padres aspirará firmemente a una cultura sexual verdadera y plenamente basada en la persona: la sexualidad, en efecto, es una riqueza de la persona toda entera —cuerpo, sentimientos y alma— y manifiesta su significación íntima orientándola a la entrega de sí en el amor»¹⁵.

Los auxiliares de los padres, ya sean los centros de acogida, las guarderías o las escuelas, están obligados a los mismos deberes respecto a los hijos que les son confiados. Queremos recordar que la educación sexual en los establecimientos escolares debe realizarse siempre con el espíritu que debería animar a los padres y bajo su dirección atenta.

En este contexto no se trata en modo alguno de renunciar a la educación de la castidad, virtud que pone el instinto al servicio del amor: «Según la visión cristiana, la castidad no significa absolutamente el rechazo o la subestimación de la sexualidad humana, sino más bien una energía espiritual que sabe defender

14. Dr. Michel Copti, Conferencia Quinta Reunión de los trabajadores de la Sanidad, «Lumière et paix», vol. 6, número 6, noviembre-diciembre de 1982.

15. *Familiaris consortio*, número 37.

el amor contra los peligros del egoísmo y de la agresividad, conduciéndolo hacia su plena realización»¹⁶.

Cuando los programas de educación sexual ampliamente difundidos en las escuelas quedan reducidos a informaciones técnicas y biológicas, tienden a la explotación de goce erótico y enseñan la utilización de contraceptivos, se asiste a una reducción seria del significado de la sexualidad en beneficio de la simple genitalidad. En lugar de desarrollar en los jóvenes una actitud responsable ante la vida, ¿no se les dispone de esta forma a una mentalidad favorable al aborto? Nos oponemos firmemente a esta forma de educación torcida. Es una flagrante injusticia que se hace a los jóvenes.

Invitar a los medios de comunicación social a transmitir una información adecuada

Deseamos, además, llamar la atención de los responsables, productores, animadores y otros, de los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión y cine, etc.). Su función y los medios de que disponen hacen de ellos educadores influyentes en los individuos y en las colectividades. El empleo de estos medios exige que la información transmitida respete las leyes morales y la dignidad de la persona. Por esta causa, debe prestarse una atención particular al contenido, a fin de no debilitar estos valores. La influencia de los medios de información sobre la vida privada y pública impone la responsabilidad de formar una opinión pública sana y respetuosa de la vida a fin de que la sociedad se desarrolle con el respeto recíproco de todos sus miembros.

Apoyar los movimientos que trabajan en favor del respeto a la vida

Comprobamos con alegría que muchos cristianos y cristianas se consagran a la causa del respeto a la

vida, asumiendo la defensa del derecho del niño por nacer. Favorecemos todas las iniciativas que contribuyen eficazmente al crecimiento del amor mismo y garantizan la libertad de los cónyuges llamados a una participación responsable en el misterio del amor creador de Dios.

Nuestro apoyo se extiende también a los profesionales de la sanidad, al personal del mundo hospitalario y a todos los agentes de los servicios sociales que asumen francamente su responsabilidad y se oponen en conciencia a la supresión de seres inocentes. Alentamos también a todos los que trabajan por la recuperación de la sociedad en la justicia y en la paz, y pretenden fomentar el respeto cada vez más exigente para toda vida humana comprendida también la más débil y la más dependiente.

CONCLUSION

Para frenar la mentalidad antivida que prevalece en la sociedad actual, necesitamos encontrar nuevamente el sentido y el significado de la vida, y comprometernos de nuevo a promocionarlos exigiendo plenamente leyes respetuosas de la vida humana. Esta es la causa por la cual todos nosotros debemos trabajar juntos con miras a la renovación de la sociedad y garantizar a la misma una educación que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona.

Al asumir la defensa de los pequeños y de los débiles, la Iglesia toma partido en favor de la vida, contra el pesimismo y el egoísmo que oscurecen el mundo, porque «en cada vida humana sabe descubrir el esplendor de este sí, de este *Amén* que es Cristo»¹⁷.

† HENRI LEGARE, o.m.i.
Arzobispo de Grouard-McLennan
Presidente de la CECC

17. *Idem, ibid.*, número 30.

(Original francés facilitado por la Conferencia de los obispos católicos del Canadá; traducción de ECCLESIA.)

16. *Idem, ibid.*, número 33.

Noticiario

Hospitales

CUANDO EMPIEZA EL HOMBRE

Me llamó Jérôme Lejeune y soy doctor en medicina y en ciencias. Estoy al frente del *Hôpital des Enfants Malades* de París para el tratamiento ambulatorio de niños deficientes. Después de diez años de dedicación a tiempo completo a la investigación, soy profesor de genética fundamental en la Universidad de René Descartes.

Hace veintitrés años describí la primera enfermedad cromosómica de nuestra especie, el cromosoma 21 extra, típico del mongolismo. Por aquel trabajo tuve el honor de recibir el premio Kennedy del difunto presidente, y la medalla William Allen de la Sociedad Norteamericana de Genética Humana. Soy miembro de la Academia Norteamericana de Artes y Ciencias.

Mis colegas del *Instituto de progénesis* de París y yo estamos trabajando en la descripción de los hechos básicos de la herencia humana. Mediante un estudio comparativo de las especies de mamíferos, incluyendo los grandes monos, estamos investigando las variaciones cromosómicas que se han producido durante la evolución. Con relación a nuestra especie, estudiamos más concretamente los efectos deletéreos de algunas aberraciones cromosómicas.

Este mismo año hemos demostrado, por primera vez, que una enfermedad cromosómica puede ser sometida a terapia. En el *síndrome X-frágil*, que muestra una asociación de la fragilidad de un cromosoma X con un retraso mental serio, hemos demostrado que un tratamiento químico puede curar la lesión cromosómica en cultivo celular.

Aún más, un suministro adecuado de estos compuestos químicos (monocarbonos y sus moléculas portadoras) también mejora la conducta y las capacidades mentales de los niños afectados. Por tanto, la investigación fundamental básica sobre los mecanismos de la vida puede llevar a la protección directa de vidas humanas en peligro.

Comienzo de la vida humana

¿Cuándo comienza a existir un ser humano? Trataré de dar la respuesta más precisa a esta cuestión de acuerdo

con los conocimientos científicos actuales. La biología moderna nos enseña que los progenitores están unidos a su prole por un eslabón material continuo, de modo que de la fertilización de una célula femenina (el óvulo) por la célula masculina (el espermatozoide) surgirá un nuevo miembro de la especie. La vida tiene una historia muy, muy larga, pero cada individuo tiene un comienzo muy preciso, el momento de su concepción.

El eslabón molecular es el filamento molecular del DNA. En cada célula reproductora, este filamento de un metro de longitud aproximadamente, está cortado en piezas (23 en nuestra especie). Cada segmento está cuidadosamente enrollado y empaquetado (como una cinta magnetofónica en una minicassette) de tal modo que al microscopio aparece como un pequeño bastón, un cromosoma.

Tan pronto como los 23 cromosomas que proceden del padre se unen por la fertilización a los 23 cromosomas maternos, se reúne toda la información genética necesaria y suficiente para expresar todas las cualidades hereditarias del nuevo individuo. Exactamente como la introducción de una minicassette en un magnetófono permitirá la restitución de la sinfonía, así el nuevo ser comienza a expresar a sí mismo tan pronto como ha sido concebido.

Las ciencias naturales y la ciencia del derecho hablan el mismo lenguaje. De un individuo que disfruta de una salud robusta un biólogo diría que tiene una buena constitución; de una sociedad que se desarrolla armónicamente para beneficio de todos sus miembros, un legislador diría que tiene una constitución justa.

Un legislador no podría concebir lo que es una determinada ley antes de que todos sus términos hayan sido clara y completamente expresados. Pero cuando se ha dado toda la información, y cuando se ha votado la ley, entonces puede ayudar a definir los términos de la constitución.

La naturaleza funciona del mismo modo. Los cromosomas son las tablas de la ley de la vida, y cuando se han reunido en el nuevo ser (el proceso de votación es la fertilización) deletrearán plenamente su constitución personal.

Lo que resulta sorprendente es el diminuto tamaño de la escritura. Resulta difícil creer, aunque está más allá de cualquier duda posible, que toda la información genética necesaria y suficiente para construir nuestro cuerpo e incluso nuestro cerebro —el instrumento más poderoso

para resolver problemas, incluso para analizar las leyes del universo— se puede miniaturizar de tal modo que su substrato material quepa perfectamente en la punta de una aguja!

Cada concebido es único

Todavía impresiona más que durante la maduración de las células reproductoras, la información genética se reorganiza de modos tan diversos que cada concebido reciba una combinación completamente original, que nunca se ha producido antes y nunca se volverá a producir. Cada concebido es único, y por tanto irremplazable. Los gemelos idénticos y los verdaderos hermafroditas son las únicas excepciones a la regla: cada ser humano tiene una composición genética única; pero además resulta muy interesante saber que esas excepciones han de producirse en el momento de la concepción. Los accidentes posteriores no podrían conducir a un desarrollo armónico.

Todos estos hechos eran conocidos desde hace mucho tiempo y todos estaban de acuerdo en que los niños-probeta, de producirse, demostrarían la autonomía del concebido, sobre el que la probeta no tiene derecho alguno de propiedad. Y, en efecto, ahora existen niños-probeta.

Si el óvulo de una vaca se fertiliza con el esperma de un toro, el diminuto concebido, flotando libremente en el líquido, inicia inmediatamente su carrera de ternero. Normalmente viajará durante una semana, a través del tubo falópico, y alcanzará el útero. Pero gracias a las técnicas modernas puede viajar mucho más deprisa, ¡incluso a través del océano! El mejor equipo de navegación para este ternero de dos miligramos consiste en introducirlo dentro del tubo falópico de una coneja. (El costo del transporte aéreo es mucho menor que para una vaca preñada). En el lugar de destino, el minúsculo animal es retirado con cuidado e instalado delicadamente dentro del útero de la vaca receptora. Meses después, el ternero expresa toda la dotación genética que recibió de sus verdaderos padres (los donantes del óvulo y del esperma) y no muestra ninguna de las cualidades de su *container* temporal (la coneja) ni de su madre nutricia uterina (la vaca receptora).

¿Cuántas células se precisan para constituir un individuo? Experimentos recientes nos dan la respuesta. Si concebido un ratón, se disocia muy tempranamente, de modo artificial (mediante un tratamiento enzimático peculiar), sus células quedan separadas. Mezclando las suspensiones de células procedentes de diferentes embriones, se ve que se reasocian de nuevo. Si esa minúscula masa se reimplanta entonces en un receptor femenino, algún ratoncito (muy pocos ciertamente) consigue desarrollarse hasta el final de un modo completamente normal. Tal como expuso teóricamente B. Mintz y se demostró por Market y Peter, un ratón quimérico puede derivar de dos o, incluso, tres embriones, pero no de más. El máximo número de células que cooperan constituyendo ya un individuo es de tres.

Tres células

En plena concordancia con esta demostración empírica, el huevo fertilizado se divide normalmente en dos células, una de ellas se divide de nuevo, para formar entonces el

número sorprendentemente extraño de tres, encapsuladas dentro de su envuelta protectora, la *zona pelucida*.

De acuerdo con nuestro conocimiento actual, el requisito para la individuación (una etapa que contiene tres células fundamentales) es, pues, el paso inmediato que sigue a la concepción, minutos después de ésta.

Todo esto explica por qué los doctores Edwards y Steptoe podían atestiguar la fertilización in vitro de un óvulo maduro de la señora Brown por un espermatozoide del señor Brown. El diminuto concebido que días más tarde estaba implantado en el vientre de la señora Brown no podía ser un tumor o un animal. Era, en efecto, la entonces increíblemente joven Louise Brown, que ahora tiene tres años.

La viabilidad de un concebido es extraordinaria. Experimentalmente, una rata concebida puede ser congelada (incluso a -269°C) y, después de un cuidadoso proceso de descongelación, ser implantada con éxito. Para un crecimiento posterior sólo una mucosa uterina receptora puede suministrar a la placenta embrionaria la bolsa amniótica. El pequeño ser es tan viable como un astronauta sobre la luna en su traje espacial: es necesario que su madre nave le resuministre con fluidos vitales. Esta alimentación es indispensable para la supervivencia, pero no «hace al niño»: del mismo modo que el más sofisticado cohete espacial no puede producir un astronauta. Tal comparación resulta mucho más convincente cuando el feto se mueve. Gracias a unas refinadas imágenes de tipo sonar, el doctor Ian Donald de Inglaterra consiguió hace un año una película mostrando a la estrella más joven del mundo: un niño de once semanas bailando en el útero. ¡El niño juega, por decirlo así, con un trampolín! Dobla sus rodillas, empuja la pared, salta y cae de nuevo. Puesto que su cuerpo tiene la misma densidad que el líquido amniótico, no siente la gravedad y realiza un baile de un modo lento, gracioso, elegante, imposible en cualquier otro lugar de la tierra. Sólo los astronautas en su estado libre de gravedad pueden conseguir tal suavidad de movimientos. Por cierto, que para el primer paseo por el espacio, los técnicos tuvieron que decidir el sitio en qué adaptar los tubos por los que se suministraban los fluidos. Acabaron eligiendo el cinturón del traje, reinventando el cordón umbilical.

Señor presidente y señores miembros, cuando tuve el honor de comparecer previamente ante el Senado, me tomé la libertad de referirme a la historia universal de un hombre más pequeño que el dedo pulgar.

Una simple evidencia

A los dos meses de edad, el ser humano tiene una longitud menor que la del dedo pulgar, desde la cabeza a las posaderas. Cabría con comodidad en una cáscara de nuez, pero todo está ya allí: manos, pies, cabeza, órganos, cerebro, cada cosa en su sitio. Su corazón viene latiendo, aproximadamente, desde hace un mes. Mirándolo de cerca, ustedes podrían ver las rayas de la palma de su mano y una gitana leería la buena fortuna de esa minúscula personita. Con una buena lupa se podrían detectar las huellas digitales. Así que tiene lista la documentación para el carné de identidad.

Con la extremada sofisticación de nuestra tecnología, hemos invadido su privacidad. Hidrófonos especiales captan la música más primitiva: un martilleo hondo, profun-

do, tranquilizador de unos 60 a 70 golpes por minuto (el corazón de la madre), y una cadencia rápida, muy vibrante de 150 a 170 (el corazón del concebido), que mezclados recuerdan al contrabajo y las maracas que constituyen los ritmos básicos de cualquier música pop.

Ahora conocemos lo que siente, hemos oído lo que escucha, olido lo que él gusta y le hemos visto bailar lleno de gracia y de juventud. La ciencia ha convertido la historia de Pulgarcito en la verdadera historia que cada uno de nosotros ha vivido en el vientre de su madre.

Y para que ustedes valoren qué precisa puede ser la detección: si muy al principio, justamente después de la concepción, días antes de la implantación, retirásemos una sola célula del pequeño ser individual, aún con respecto de fresa, podríamos cultivarla y examinar sus cromosomas. Y si un estudiante mirándola al microscopio no pudiera reconocer el número, la forma y el patrón de listado de esos cromosomas, y no fuese capaz de decir, sin vacilación, si procede de un chimpancé o de un ser humano, suspendería su examen.

Aceptar el hecho de que tras la fertilización, un nuevo ser humano ha comenzado a existir, no es una cuestión de gusto u opinión. La naturaleza humana del ser humano, desde su concepción hasta su vejez, no es una disputa metafísica. Es una simple evidencia experimental. (News Exchange of *The World Federation of Doctors who respect the Human Life*. Vol. 8, n.º 12: Septiembre y Octubre de 1982).

Profesor JÉRÔME LEJEUNE
(París)

CRONOLOGIA DE LA VIDA HUMANA

El hombre siempre ha deseado conocer cómo es su vida antes de nacer. Esos nueve primeros meses de la vida que todos hemos pasado en el seno materno y la Ciencia y la Medicina nos han facilitado tantos documentos del proceso formativo que podemos asegurar que sabemos prácticamente todo lo relativo a la vida humana antes del nacimiento. Hoy la Ciencia establece que la vida comienza en el mismo momento de la concepción.

Inmediatamente después de la fecundación comienza el desarrollo celular. Ya hay vida humana. Incluso antes de la implantación, el sexo de la nueva criatura puede ya determinarse.

Se produce la implantación: La nueva vida está ya compuesta de células y ha desarrollado una hormona protectora que evita el rechazo de la nueva criatura por parte del cuerpo de la madre.

A los 17 días la nueva vida ha desarrollado sus propias células sanguíneas; la placenta es parte de la nueva vida y no de la madre.

A los 18 días ya se pueden apreciar las contracciones en el músculo del corazón.

A los 19 días comienza el desarrollo de los ojos.

A los 20 días aparece la base completa del sistema nervioso.

A los 24 días el corazón ya tiene sus latidos rítmicos.

A los 28 días cuarenta pares de músculos se han desarrollado a lo largo del tronco de la nueva criatura; se están formando los brazos y las piernas.

A los 30 días la sangre fluye con regularidad por el sistema vascular. Comienza el desarrollo de orejas y nariz.

A los 40 días la energía del corazón alcanza casi el 20 % de la de un adulto.

A los 42 días se completa el esqueleto y aparecen los reflejos.

A los 43 días su cerebro ya da señales de actividad eléctrica, evidencia absoluta de que ese sistema nervioso empieza a funcionar coordinadamente.

A los 49 días ya tiene la apariencia de un pequeño con orejas, nariz y dedos en las manos y en los pies.

A los 56 días todos sus órganos —estómago, hígado, riñones, cerebro— funcionan. Todos los sistemas están completos. El desarrollo futuro de esta vida consiste únicamente en un refinamiento y aumento de tamaño hasta aproximadamente los veintitrés años de edad.

Semana 9 y 10: Mueve los ojos y la lengua y ya traga.

Semana 11 y 12: Mueve los brazos y las piernas, se chupa el dedo, respira y exhala el fluido amniótico. Aparecen las uñas.

Semana 16: Los órganos genitales se aprecian con toda claridad, abre y cierra las manos, da patadas y gira sobre sí mismo.

Semana 18: Ya funcionan las cuerdas vocales... puede llorar.

Semana 20: Aparece el pelo en su cabeza, pesa 520 gramos y mide 30 centímetros. Tiene ya incluso las huellas dactilares.

Cumple 266 días: Sale del seno materno y continúa su desarrollo. Ha cambiado su ambiente, su forma de respirar, su sistema de alimentación, pero él sigue creciendo y su vida continúa...

II CURSO URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Durante los días 3 al 7 de octubre se ha celebrado en nuestro hospital el II Curso de Urgencias Pediátricas organizado por el Servicio de Pediatría y la Sección de Urgencias.

El curso se inició con la inauguración oficial de las nuevas instalaciones de Urgencias, por el Honorable Counciller de Sanitat de la Generalitat doctor Laporte quien en su parlamento glosó la importancia de las secciones asistenciales de urgencias y su relación con la pediatría ambulatoria de primer nivel, resaltando el interés que tienen las autoridades sanitarias de Cataluña en potenciar dicha asistencia primaria, lo que redundará en una mejor y más cualificada asistencia de urgencias a nivel de Centro hospitalario.

Después de la inauguración se iniciaron las sesiones de trabajo que se desarrollaron a lo largo de toda la semana, en jornada intensiva de mañana y tarde, con una asistencia muy numerosa: fueron 87 los cursillistas inscritos y con gran interés y participación activa por parte de los mismos. Como novedad en este curso se han iniciado unas sesiones de discusión de casos clínicos que han resultado muy aceptados y de sumo interés práctico. Siguiendo la trayectoria que trazamos en nuestro primer curso hemos contado con la participación de distinguidos ponentes del ámbito catalán.

Así, hemos tenido la satisfacción y el placer de oír a personalidades de la medicina como el profesor Corbella, catedrático de medicina legal de la Facultad de Medicina de Barcelona, el profesor doctor J. Ferrer Pi, profesor



El señor Laporte con el provincial Pascual Piles, director médico Joaquín Plaza y gerente Francisco Vivas

adjunto de la cátedra de pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, el profesor doctor J. Llorens Terol, jefe del servicio de pediatría del hospital de Nuestra Señora del Mar y profesor encargado de la cátedra de pediatría de la Universidad Autónoma y el doctor A. Lobato de Blas, jefe del servicio de pediatría del hospital San Jaime y Santa Magdalena de Mataró. También hemos contado con la colaboración además de todo el servicio organizador de médicos de otros servicios y secciones.

Las jornadas fueron clausuradas con una conferencia del director del hospital, doctor J. Plaza Montero y seguida de una cena de confraternización.

FUMADÓ

JORNADA SOBRE TERAPEUTICA DE FARMACOS MONITORIZADA

El pasado día 13 de octubre ha tenido lugar, organizada por el Servicio Farmacéutico, una jornada sobre *Terapéutica de Fármacos Monitorizada* en la Residencia Sanitaria Virgen del Camino de Pamplona. Intervinieron en la misma el doctor José M.^a González de la Riva, jefe de los servicios farmacéuticos de la institución, y los doctores Roger W. Jelliffe y Bill Nicholson de la school of medicine de la University of Southern California, de Los Angeles (USA), desarrollando tres temas de gran actualidad sobre la racionalización de ciertos medicamentos y en ciertos pacientes.

La asistencia fue muy numerosa en el salón de actos de la institución, con profesionales sanitarios no sólo navarros sino de las provincias limítrofes, dado el interés despertado por la actualidad de los temas. En las sesiones se contó con un sistema de traducción simultánea, lo que permitió una mayor y más fluida comprensión y coloquio entre los asistentes.

CONCLUSIONES DE LA XXXVIII ASAMBLEA DE CARITAS ESPAÑOLA

Se celebró en San Lorenzo de El Escorial la XXXVIII Asamblea de Cáritas Española, al final de la cual fueron

elaboradas y aprobadas unas conclusiones que, por su gran importancia, reproducimos:

1. Actualmente van aumentando los millones de personas que sufren la pobreza y marginación, es decir, la pirámide de clases en España va ensanchando su base. La forman los parados y su familia, los ancianos, los drogadictos, los disminuidos, los gitanos, etc.

2. Nuestro sistema económico-social se basa en el tener más que el ser, en el poder de las cosas, es decir, del capital sobre el trabajo, en el beneficio por encima del servicio, en la necesidad de aumentar el consumo en función del interés de la producción y no de la atención de las necesidades de todos los hombres. En definitiva, una de las principales causas de la marginación está en la entraña misma del sistema económico.

3. Como consecuencia de la profunda crisis económica, se vive actualmente una situación de miedo y de desconfianza que frena cualquier afán reivindicativo, ahoga la solidaridad y nos aleja cada vez más a unos de otros. Este miedo es aprovechado muchas veces por los detentadores del poder económico, para exigir más de lo que se puede en justicia y atropellar derechos que se consideran bien adquiridos.

4. Existe una profunda crisis de valores. Los valores del espíritu (religión, cultura...) son suplantados por un hedonismo fácil y un consumismo a ultranza. Como consecuencia, los *inservibles* (ancianos, deficientes, enfermos...) son arrinconados. El hombre es puesto al servicio de la técnica y aun es inmolado en su nombre, en vez de estar la técnica al servicio de la promoción integral del hombre.

5. Reconocemos el esfuerzo que está realizando la Administración local, autonómica y central por ofrecer unos servicios sociales de base y especializados, aunque no siempre, por distintas razones, se convierten en realidad.

6. Ante el círculo cada vez más amplio de marginación y crisis de valores, es tarea de la Iglesia educar para la corresponsabilidad social, formando un hombre nuevo, fraterno, solidario y comprometido en el cambio de estructuras.

7. Cáritas debe asumir esta labor eclesial de protagonismo, con unos programas y realizaciones concretas que ayuden a descubrir los caminos de liberación del hombre y a comprometerse con ellos.

8. Cáritas, a todos los niveles, deberá coordinarse con las diversas asociaciones eclesiales, a fin de aunar esfuerzos que desemboquen en una mayor eficacia con el marginado, en una imagen más clara de su misión y una mayor capacidad de diálogo con la Administración.

9. La razón de Cáritas son los pobres y marginados, con los que nos sentimos en comunión. Nuestra preocupación primordial no es sólo resolver su problema, sino acompañarlos en su esfuerzo de promoción y realización como personas, partiendo siempre de su misma realidad y capacidad. Para ello, nos proponemos:

Conocer a fondo sus problemas. Formar y estimular la conciencia de la sociedad y, de un modo especial, de la comunidad cristiana, sobre la problemática real y el deber de comprometerse en ella. Trabajar con una programación y metodología concretas. Urgir a la Administración los planteamientos y las respuestas que deba dar de acuerdo con su competencia. Denunciar la injusticia

de toda clase de opresión que pese sobre el hombre de hoy, venga de donde venga la injusticia.

10. En nuestra labor no nos mueve otro impulso que la exigencia evangélica de amar a todos «como El nos amó». En consecuencia, cualquier afán de poder, de lucro, de proselitismo, de prestigio, es contrario a nuestras motivaciones.

11. Cáritas entiende como *acción social* la que se ejerce a través de un conjunto de servicios destinados a ayudar a los grupos sociales a resolver sus necesidades, y como instrumento para crear los recursos necesarios para una mejor cualidad de vida. La acción social concebida así implica participación de la persona, de los grupos y de la comunidad, para resolver sus problemas. Se pide una acción colectiva para alcanzar los objetivos propuestos.

12. Estando de acuerdo en que la acción social de Cáritas tiene como fin trabajar con y para los más necesitados, lo primero que se impone es conocer los planteamientos en materia de acción social, los presupuestos destinados a los programas sociales, así como las obligaciones de los organismos de la Administración.

13. Los rasgos fundamentales metodológicos de la acción social de Cáritas exigen:

Conocer la realidad. Establecer un orden de prioridades. Concretar programas de trabajo. Promover la participación. Tener en cuenta que la acción social es, a la vez, de asistencia, rehabilitación, educativa y preventiva. Capacidad de evaluación.

14. Debemos procurar evitar dar en plan de limosna con dinero público lo que el ciudadano debería recibir directamente de la Administración con derecho propio.

15. Adoptamos como criterios básicos para nuestra actuación y coordinación con las distintas asociaciones y movimientos:

Que se respete nuestra identidad e independencia. Que se dé una actitud de apertura por ambas partes. Sentido de justicia. No comprometernos más allá de nuestras posibilidades. Que no sea excusa para que otros declinen en nosotros sus deberes sociales, para no ser vehículo tranquilizador. No ser meros financieros. No duplicar acciones. Buscar la participación activa y, en la medida de lo posible, el protagonismo de los propios afectados.

16. La asistencia, como tarea de Cáritas, tiene una dimensión promocional. Por ello queremos ir a la fuente de los males, analizar las causas y luchar contra ellas. Esto lo decimos todos los años. Lo nuevo estaría en que nuestro trabajo lo realicemos desde objetivos claros, programas concretos, metodología adecuada, evaluación periódica y un propósito firme y eficaz de implicar en este compromiso a toda la comunidad eclesial.

II CURSO DE DISECCION ANATOMO-QUIRURGICA DEL HUESO TEMPORAL

Celebrado en Barcelona los días 7, 8 y 9 de noviembre de 1983 y con sede en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, Servicio de Otorrinología que dirige el doctor Pedro Clarós.

Este curso, en su segunda edición, ha sido un éxito total. El organizador doctor Pedro Clarós, junto con el

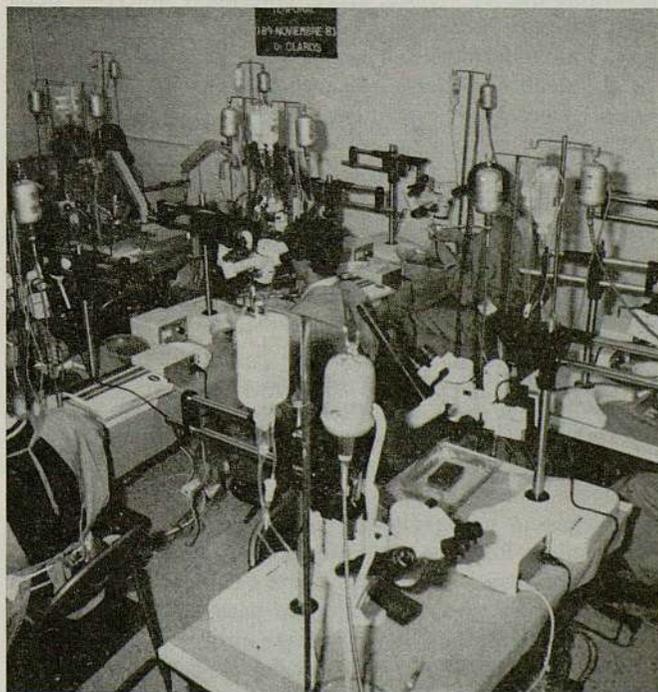
profesor Jean-Pierre Bebear, de la Universidad de Burdeos, Francia, lo han llevado a cabo, que como hemos podido ver los que estamos cerca de ellos, ha sido un esfuerzo grande y una entrega total a la cirugía otológica y a la docencia postuniversitaria.

El programa de la mañana se basó en intervenciones quirúrgicas efectuadas por el doctor Pedro Clarós y el doctor Jean-Pierre Bebear que se transmitían por televisión al auditorium de este hospital. Por la tarde los trabajos prácticos de disección del hueso temporal, efectuado por los cursillistas, quienes repetían sobre cadáver las operaciones vistas por la mañana. Para tal fin, se instaló un laboratorio completísimo de disección anatómica, compuesto por 20 unidades de trabajo. En cada unidad, el participante disponía de un microscopio de operaciones, un equipo de aspiración, un equipo de frezado para tallar el hueso temporal y todos los instrumentos necesarios para la disección, así como tantas piezas anatómicas como precisara el cursillista. Por último, las conferencias teóricas daban las pautas científicas necesarias.

Durante tres días se repitieron estas sesiones que empezaban a las 8 de la mañana para terminar a las 9,30 de la tarde. Más de 12 horas de trabajo con sólo muy escasos momentos de descanso ha sido la tónica. Indudablemente solo puede soportarse si el interés en ellas es total. Y así lo confirman las críticas de los asistentes, cuya única y unánime ha sido la de «haber transcurrido el curso muy rápido».

Las intervenciones que se han efectuado, con gran destreza y habilidad quirúrgica, son una muestra y ponen a nuestro Servicio de Otorrinología de nuestro hospital, en uno de los más adelantados en lo que se refiere a la cirugía del oído (cirugía de la sordera, cirugía de las infecciones óticas, cirugía de las malformaciones de oído, de los tumores auditivos, del vértigo, etc.).

Felicitemos al doctor Pedro Clarós por esta lucha con-



Vista parcial del laboratorio de disección otológica

tinua que representa la puesta al día en las novedades quirúrgicas del órgano del oído, y por este entusiasmo que lleva dentro de sí y que se refleja por la continua organización de jornadas, cursos y simposiums en el terreno de la otorrinolaringología.

Como comentario anexo, el doctor Clarós nos comentaba los adelantos que se están llevando a cabo en la cirugía de oído en los últimos años y la posibilidad de recuperar la audición en muchos casos, que hace años no era posible. Hoy utilizan técnicas muy sofisticadas que van desde el uso de transplantes de tímpano y huesecillos del oído procedentes de cadáver a la colocación de electrodos en el interior del oído interno. En resumen, un mundo fascinante para todos pero especialmente para los que sufren del oído.

El próximo mes de abril de 1984, ya está prevista la realización del III Curso de Diseción Anatómico-Quirúrgica de Hueso Temporal.

A. C.

Pastoral

ENFERMEDAD Y VIDA INTERIOR

● No es raro que el hombre moderno sea un enfermo difícil y un mal visitante de enfermos. Es un enfermo difícil, porque padece en demasía por el mero hecho de sufrir una indisposición pasajera, o bien una pequeña enfermedad que le mantiene apartado de la actividad normal por unos días.

● El hombre de hoy es un enfermo difícil, porque nadie le ha preparado, ni él se ha preocupado de tomar medidas y pertrecharse para el día que, como ser contingente y vulnerable que es —nace, crece, enferma y muere—, deba hacer un alto obligatorio en su vida, a causa de un virus, una enfermedad o un posible accidente.

● El hombre moderno, de momento, no ha sabido prepararse mental ni espiritualmente; no ha aprendido a hacer acopio de fuerzas, ni se ha ejercitado en algunas virtudes para hacer frente el día en el que, el dolor —el vecino más cercano que tenemos los humanos— pueda llamar a nuestra puerta.

● El hombre y la mujer de hoy confían demasiado en la *técnica*. Piensan que la *técnica* les va a solucionar los problemas más íntimos y personales —vana ilusión—, y no prevén cómo se enfrentarán con ellos, con los de dimensión espiritual, el día que les toque su ración de sufrimiento, de dolor, de abandono, de soledad.

● Debemos reconocer que nos falta la dimensión espiritual, la fortaleza evangélica, la fe y la esperanza de los fuertes —los santos—, para saber superar con dignidad, elegancia y paz interior las horas bajas, los momentos difíciles, los días de enfermedad, el tiempo que la sociedad nos *aparcará* en una cama de un hospital, clínica o en cualquier otro lugar elegido para ello. De ahí que debamos prepararnos interiormente, espiritualmente.

● Quiérase o no, necesitamos de un bagaje espiritual; es importante saber armarnos por dentro; urge una vida interior lo suficientemente fuerte para afrontar sin miedos

las horas negras; importa y mucho saber conformar nuestra voluntad con la de Dios, nuestro Padre.

● Era una persona enferma pero creyente, de una vida espiritual intensa. Sufría lo indecible. En su lecho de dolor, decía: «Lloro, pero amo; sufro, pero creo; no estoy aplastado, sino postrado, por eso adoro y espero».

J. M.^a ALIMBAU

EL PAPA CONFIRIO EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN A CIEN INVALIDOS ROMANOS

Se quiere con ello reafirmar que este sacramento es de enfermos

Una ceremonia poco habitual tuvo lugar ayer en la plaza de San Pedro, cuando Juan Pablo II confirió la unción de los enfermos a otros tantos inválidos de varios hospitales romanos, al tiempo que el cardenal Poletti, vicario de Roma, la confería a otro centenar.

Como es sabido, el Concilio Vaticano II introdujo una importante novedad en la administración del sacramento que, hasta entonces, se llamó Extremaunción. Regresando a la costumbre de la Iglesia primitiva, los padres conciliares insistieron en que este sacramento no es de moribundos, sino de enfermos, y no tiene como centro la preparación para la muerte, sino la impetración de la salud sobre el enfermo, tal y como aparece en la epístola de Santiago. Por ello, el Vaticano II pidió —aunque de hecho apenas se ha realizado en la Iglesia— que se fuera realizando un giro pastoral, usando este sacramento no sólo en enfermos mortales, sino en toda enfermedad más o menos seria y pidiendo, sobre todo, que se le dé el tono positivo de búsqueda de la salud, como don de Dios, y no el carácter fúnebre con que se realiza en la actualidad.

Como ejemplo visible de esta renovación del sacramento ha querido el Papa conferirlo a estos dos centenares de enfermos o inválidos romanos, ninguno de los cuales estaba en peligro de muerte próxima. A la ceremonia asistieron en la plaza de San Pedro unas cuarenta mil personas y abundante personal —médicos, enfermeras— de los diversos hospitales de Roma.

La ceremonia se realizó en el interior de una misa que el Papa concelebró con doce sacerdotes, capellanes de hospitales algunos y enfermos también otros. Entre ellos el arzobispo norteamericano John Henry Bocella, de setenta años, que concelebró desde un sillón de ruedas, pues tuvieron que amputarle ambas piernas por graves problemas circulatorios.

En su homilía, el Papa subrayó la importancia de la misión de cuantos trabajan en hospitales, llamando después a los enfermos a compartir la pasión de Cristo crucificado y a asumir su enfermedad como una vocación de servicio para la reconciliación de todos los hombres con Cristo.

En ambientes próximos a la Santa Sede se subraya cómo el Papa, lo mismo que ha querido revitalizar el sacramento de la confesión con gestos visibles —como el de confesar él mismo en la Basílica Vaticana—, quiere ahora revigorizar el sacramento de la unción de los enfermos, que es el peor interpretado entre los siete sacramentos de la Iglesia.

tinua que representa la puesta al día en las novedades quirúrgicas del órgano del oído, y por este entusiasmo que lleva dentro de sí y que se refleja por la continua organización de jornadas, cursos y simposiums en el terreno de la otorrinolaringología.

Como comentario anexo, el doctor Clarós nos comentaba los adelantos que se están llevando a cabo en la cirugía de oído en los últimos años y la posibilidad de recuperar la audición en muchos casos, que hace años no era posible. Hoy utilizan técnicas muy sofisticadas que van desde el uso de transplantes de tímpano y huesecillos del oído procedentes de cadáver a la colocación de electrodos en el interior del oído interno. En resumen, un mundo fascinante para todos pero especialmente para los que sufren del oído.

El próximo mes de abril de 1984, ya está prevista la realización del III Curso de Diseción Anatómico-Quirúrgica de Hueso Temporal.

A. C.

Pastoral

ENFERMEDAD Y VIDA INTERIOR

● No es raro que el hombre moderno sea un enfermo difícil y un mal visitante de enfermos. Es un enfermo difícil, porque padece en demasía por el mero hecho de sufrir una indisposición pasajera, o bien una pequeña enfermedad que le mantiene apartado de la actividad normal por unos días.

● El hombre de hoy es un enfermo difícil, porque nadie le ha preparado, ni él se ha preocupado de tomar medidas y pertrecharse para el día que, como ser contingente y vulnerable que es —nace, crece, enferma y muere—, deba hacer un alto obligatorio en su vida, a causa de un virus, una enfermedad o un posible accidente.

● El hombre moderno, de momento, no ha sabido prepararse mental ni espiritualmente; no ha aprendido a hacer acopio de fuerzas, ni se ha ejercitado en algunas virtudes para hacer frente el día en el que, el dolor —el vecino más cercano que tenemos los humanos— pueda llamar a nuestra puerta.

● El hombre y la mujer de hoy confían demasiado en la *técnica*. Piensan que la *técnica* les va a solucionar los problemas más íntimos y personales —vana ilusión—, y no prevén cómo se enfrentarán con ellos, con los de dimensión espiritual, el día que les toque su ración de sufrimiento, de dolor, de abandono, de soledad.

● Debemos reconocer que nos falta la dimensión espiritual, la fortaleza evangélica, la fe y la esperanza de los fuertes —los santos—, para saber superar con dignidad, elegancia y paz interior las horas bajas, los momentos difíciles, los días de enfermedad, el tiempo que la sociedad nos *aparcará* en una cama de un hospital, clínica o en cualquier otro lugar elegido para ello. De ahí que debamos prepararnos interiormente, espiritualmente.

● Quiérase o no, necesitamos de un bagaje espiritual; es importante saber armarnos por dentro; urge una vida interior lo suficientemente fuerte para afrontar sin miedos

las horas negras; importa y mucho saber conformar nuestra voluntad con la de Dios, nuestro Padre.

● Era una persona enferma pero creyente, de una vida espiritual intensa. Sufría lo indecible. En su lecho de dolor, decía: «Lloro, pero amo; sufro, pero creo; no estoy aplastado, sino postrado, por eso adoro y espero».

J. M.^a ALIMBAU

EL PAPA CONFIRIO EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN A CIEN INVALIDOS ROMANOS

Se quiere con ello reafirmar que este sacramento es de enfermos

Una ceremonia poco habitual tuvo lugar ayer en la plaza de San Pedro, cuando Juan Pablo II confirió la unción de los enfermos a otros tantos inválidos de varios hospitales romanos, al tiempo que el cardenal Poletti, vicario de Roma, la confería a otro centenar.

Como es sabido, el Concilio Vaticano II introdujo una importante novedad en la administración del sacramento que, hasta entonces, se llamó Extremaunción. Regresando a la costumbre de la Iglesia primitiva, los padres conciliares insistieron en que este sacramento no es de moribundos, sino de enfermos, y no tiene como centro la preparación para la muerte, sino la impetración de la salud sobre el enfermo, tal y como aparece en la epístola de Santiago. Por ello, el Vaticano II pidió —aunque de hecho apenas se ha realizado en la Iglesia— que se fuera realizando un giro pastoral, usando este sacramento no sólo en enfermos mortales, sino en toda enfermedad más o menos seria y pidiendo, sobre todo, que se le dé el tono positivo de búsqueda de la salud, como don de Dios, y no el carácter fúnebre con que se realiza en la actualidad.

Como ejemplo visible de esta renovación del sacramento ha querido el Papa conferirlo a estos dos centenares de enfermos o inválidos romanos, ninguno de los cuales estaba en peligro de muerte próxima. A la ceremonia asistieron en la plaza de San Pedro unas cuarenta mil personas y abundante personal —médicos, enfermeras— de los diversos hospitales de Roma.

La ceremonia se realizó en el interior de una misa que el Papa concelebró con doce sacerdotes, capellanes de hospitales algunos y enfermos también otros. Entre ellos el arzobispo norteamericano John Henry Bocella, de setenta años, que concelebró desde un sillón de ruedas, pues tuvieron que amputarle ambas piernas por graves problemas circulatorios.

En su homilía, el Papa subrayó la importancia de la misión de cuantos trabajan en hospitales, llamando después a los enfermos a compartir la pasión de Cristo crucificado y a asumir su enfermedad como una vocación de servicio para la reconciliación de todos los hombres con Cristo.

En ambientes próximos a la Santa Sede se subraya cómo el Papa, lo mismo que ha querido revitalizar el sacramento de la confesión con gestos visibles —como el de confesar él mismo en la Basílica Vaticana—, quiere ahora revigorizar el sacramento de la unción de los enfermos, que es el peor interpretado entre los siete sacramentos de la Iglesia.

Esta ceremonia servía al mismo tiempo a los enfermos para celebrar el jubileo del Año Santo, como recordó el Papa en las palabras que pronunció por la mañana durante el rezo del Angelus. En ellas, tras aludir de nuevo al significado de la fiesta del Corpus, pidió a todos que meditasen en el sentido de la enfermedad: «Deseo invitar —dijo— a los hijos de la Iglesia a reflexionar sobre el empeño que debe implicar a todos en relación con nuestros hermanos y hermanas, inhabilitados por la enfermedad, en quienes la fe nos hace descubrir el rostro de Cristo doliente».

En este mismo saludo del Angelus el Papa se dirigió en lengua española a los numerosos peregrinos llegados de España y de varios países hispanoamericanos.

ABC

NUEVA YORK

LUCHA CONTRA LA DESHUMANIZACION EN LOS HOSPITALES

Un grupo de los más prestigiosos médicos y profesores de medicina de Estados Unidos, encabezados por el presidente del Consejo Americano de Medicina Interna, están llevando a cabo una campaña para luchar contra uno de los más graves problemas de la profesión médica norteamericana: la progresiva desaparición del calor humano y de la compasión en las relaciones entre el médico y el paciente.

La alarma que cunde entre los doctores norteamericanos, conscientes de la importancia de que el enfermo se sienta personalmente atendido por su médico, se deriva tanto de su propia experiencia como de estudios llevados a cabo que acaba de publicar.

Por otra parte, la creciente especialización y la cada vez más aguda falta de médicos generalistas, envía a los enfermos de doctor en doctor eliminando la posibilidad de que un solo médico se cuide del seguimiento de la salud general de una persona, labor que hace años llevaba a cabo el médico personal o de cabecera. Por último, la gran difusión de los avances de la moderna medicina hace que el propio médico se sienta en algunos casos culpable de no poder curar a su paciente, lo que le empuja a poner una mayor distancia entre ambos.

No son únicamente consideraciones altruistas las que empujan a este puñado de voces a denunciar la progresiva deshumanización de las relaciones médico-enfermo. El meteórico incremento de las demandas por mal práctica en los Estados Unidos durante los últimos años es un factor de peso, ya que la profesión médica ha comprendido que es mucho más difícil que un paciente demande a su médico cuando existe una buena comunicación y relación entre ambos.

La campaña puesta en marcha por estos médicos tiene su principal foco de actuación en las escuelas de medicina en las que, de acuerdo con los informes de estos expertos, los estudiantes se van deshumanizando e, incluso, brutalizando por el tipo de entrenamiento médico que reciben. Los estudiantes de medicina en Estados Unidos están a menudo tan sobrecargados física y mentalmente por el trabajo que deben realizar, que terminan por tratar inhumanamente a los pacientes. Ellos mismos son muchas veces tratados como meras cifras por sus superiores

jerárquicos en los hospitales y, como resultado, estos jóvenes y futuros médicos terminan viendo a su vez a los pacientes como a números.

La Asociación Americana de Escuelas de Medicina se ha sumado a la campaña llevando a cabo una encuesta por todo el país para detectar los fallos o la falta de humanidad en la enseñanza de la medicina. Al mismo tiempo, se han puesto en marcha programas educativos para reafirmar los valores humanos y éticos, a la vez que los tribunales examinadores por los que han de pasar los futuros doctores dan mayor importancia a las cualidades humanistas, junto a las puramente técnicas.

Otro importante paso dado por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina es un estudio de tres años de duración, dirigido por el doctor August G. Swanson, después de haber recibido numerosas quejas de los estudiantes acerca del trato inhumano que reciben de sus profesores y que transmiten a sus enfermos. «La educación médica moderna está organizada alrededor de las disciplinas médicas o de las enfermedades, no de los pacientes», afirma el doctor Daniel D. Federman, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard. En el mismo sentido, un estudio publicado por el *Journal of Medical Education* denuncia «el dogmatismo, negativismo y cinismo que se produce y alienta en los estudiantes de medicina durante sus años de escuela».

Como ejemplo de lo que se puede hacer en el marco de los esfuerzos por reforzar los valores humanos en la enseñanza de la medicina, se cita el programa puesto en marcha por la Escuela de Medicina del Hospital Mount Sinaí de Nueva York. Este programa, que se prolonga durante los cuatro años de escuela y tres de residencia de los futuros médicos, pone gran énfasis no sólo en el entendimiento de las emociones de los enfermos, sino también en la comprensión de los propios sentimientos del médico sobre su paciente. Además, se ha producido una película de 45 minutos de duración, titulada *Un factor de complicación: los sentimientos de los médicos como factor en la atención sanitaria*, que ha sido proyectada este año en numerosos hospitales y escuelas médicas de todo el país.

El programa de Mount Sinaí, que incluye además la participación de psiquiatras, está orientado a lograr que los estudiantes y residentes médicos exploren sus sentimientos hostiles o evasivos hacia algunos pacientes. Se trata, dicen, de evitar que se produzcan nuevos casos como el de la doctora Haya Rubin, una residente de segundo año del hospital quien, haciéndose eco de sus colegas, explica: «Cuando llegué aquí tenía un gran compromiso conmigo misma para llegar a ser ese tipo muy humano de doctor, pero ahora me siento muy contrariada cuando me comporto hostilmente con los pacientes que me piden que les dedique algo más de tiempo y de atención».

MERCEDES HERVÁS

UN HOSPITAL RELIGIOSAMENTE BIEN ASISTIDO

El hospital de San Bernabé de Berga, tan moderno y vistoso, puede decirse que es un hospital religiosamente bien asistido, según se desprende del informe correspondiente al año 1982, elaborado por el equipo pastoral responsable. Dicho informe, publicado recientemente, com-

prende el programa inicial de 1982 y su revisión a final del año, así como el programa de 1983, basado todo en los tres apartados siguientes: Objetivos, medios y actividades, que vamos a comentar brevemente.

Objetivos

Se proponían 7 de ellos para 1982: 1) Presencia en el área de hospitalización, que ha resultado aceptada, buena pero insuficiente, por lo cual es preciso mejorarla. 2) Fiestas patronales; no se celebró ninguna, entre otras razones porque aún no había capilla; hay que tenerlas en cuenta. 3) Acción sacramental: buena pero insuficiente; hay que animarla y valorarla. (Sin embargo, en una hoja complementaria que acompaña al mencionado informe se dan cifras como las siguientes: Comuniones llevadas a las habitaciones, 1833; unciones de enfermos, 46; enfermos que han pasado por el hospital y que han sido atendidos por el servicio religioso, 2024, todos de Berga y comarca, menos 67). 4) Atención a los enfermos en momentos difíciles, sobre todo a los moribundos: en general suficiente. 5) Relación con el personal: en general buena, en algunos casos distante. 6) Escuchar, asesorar y orientar: se ha hecho personalmente, no institucionalmente. 7) Conectar con la pastoral sanitaria: Berga, nada; comarca, cartas; obispado, sí. Para el año 1983 se propone, además de los puntos indicados, que haya una guardia localizable de sacerdotes y una mayor integración de todo el personal del servicio religioso.

Medios

Revisando el programa del año pasado y en relación con cada uno de los apartados anteriores, se ha creado

el compromiso de una serie de cosas entre las cuales sobresalen: formar el equipo de visitadores de enfermos y sensibilizar a los responsables de la enfermería; celebrar la misa dominical, muy bien aceptada por enfermos y acompañantes, en función del hospital; notificar por carta las altas y las bajas a las parroquias correspondientes; informar más sobre el servicio religioso tanto en el interior del centro como fuera de él, etc. Digamos de paso que mosén Miquel Xandri y la hermana Montserrat Foment son el alma del equipo y, por lo tanto, los primeros y principales responsables del servicio religioso.

Actividades

Están previstas las siguientes: programar la visita a los enfermos, establecer contactos con los visitadores, celebrar las fiestas patronales anuales, ofrecer personalmente la misa a enfermos y familiares, no dejar *sola* a la unción de los enfermos, colaborar más estrechamente con la comunidad Vedruna de Religiosas, etc.

Como resumen de este mal hilvanado comentario sobre el servicio religioso en el hospital de Berga y teniendo en cuenta que la mayoría de centros asistenciales regidos por religiosas prestan un servicio parecido más o menos bien organizado según el personal disponible, la mejor reflexión es la que se desprende de aquellas palabras de Jesús: «Y el rey les contestará: Sí, os lo aseguro, siempre que lo hacíais a uno de estos hermanos míos tan pequeños, me lo hacíais a mí» (Mt 25, 40).

CRONISTA

(Tradujo: ALICIA FRANICEVICH
Voluntarios)

INDICE GENERAL / 83

LH OPINA

- En defensa de la vida, 9
- El hospital católico, 69
- La atención primaria de la salud, 133
- Presencia de los enfermos en el Sínodo de los obispos, 176

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- Postura de la Iglesia en la despenalización del aborto, 10
- La pobreza y el paro en la ciencia económica, 13
- Estudios fundamentales sobre la sangre artificial, 21
- Problemática y planificación de la cirugía pediátrica en los hospitales españoles, 24

- Conceptos actuales de la enseñanza en la clínica de psiquiatría, 134
- Investigación en psiquiatría, 138
- Donación y transfusión de sangre, 145
- La rehabilitación del enfermo hospitalizado, 196

PASTORAL SANITARIA

- Vida religiosa sanitaria, 40
- Discurso de Juan Pablo II a los hermanos, 44
- Palabras del Papa a los enfermos en su visita a España, 45
- Número especial dedicado a el hospital católico, 69-117
- Proyección evangélica de la humanización, 146
- Temas que requieren especial estudio, 155
- Una ética del respeto a la vida, 200

prende el programa inicial de 1982 y su revisión a final del año, así como el programa de 1983, basado todo en los tres apartados siguientes: Objetivos, medios y actividades, que vamos a comentar brevemente.

Objetivos

Se proponían 7 de ellos para 1982: 1) Presencia en el área de hospitalización, que ha resultado aceptada, buena pero insuficiente, por lo cual es preciso mejorarla. 2) Fiestas patronales; no se celebró ninguna, entre otras razones porque aún no había capilla; hay que tenerlas en cuenta. 3) Acción sacramental: buena pero insuficiente; hay que animarla y valorarla. (Sin embargo, en una hoja complementaria que acompaña al mencionado informe se dan cifras como las siguientes: Comuniones llevadas a las habitaciones, 1833; unciones de enfermos, 46; enfermos que han pasado por el hospital y que han sido atendidos por el servicio religioso, 2024, todos de Berga y comarca, menos 67). 4) Atención a los enfermos en momentos difíciles, sobre todo a los moribundos: en general suficiente. 5) Relación con el personal: en general buena, en algunos casos distante. 6) Escuchar, asesorar y orientar: se ha hecho personalmente, no institucionalmente. 7) Conectar con la pastoral sanitaria: Berga, nada; comarca, cartas; obispado, sí. Para el año 1983 se propone, además de los puntos indicados, que haya una guardia localizable de sacerdotes y una mayor integración de todo el personal del servicio religioso.

Medios

Revisando el programa del año pasado y en relación con cada uno de los apartados anteriores, se ha creado

el compromiso de una serie de cosas entre las cuales sobresalen: formar el equipo de visitadores de enfermos y sensibilizar a los responsables de la enfermería; celebrar la misa dominical, muy bien aceptada por enfermos y acompañantes, en función del hospital; notificar por carta las altas y las bajas a las parroquias correspondientes; informar más sobre el servicio religioso tanto en el interior del centro como fuera de él, etc. Digamos de paso que mosén Miquel Xandri y la hermana Montserrat Foment son el alma del equipo y, por lo tanto, los primeros y principales responsables del servicio religioso.

Actividades

Están previstas las siguientes: programar la visita a los enfermos, establecer contactos con los visitadores, celebrar las fiestas patronales anuales, ofrecer personalmente la misa a enfermos y familiares, no dejar *sola* a la unción de los enfermos, colaborar más estrechamente con la comunidad Vedruna de Religiosas, etc.

Como resumen de este mal hilvanado comentario sobre el servicio religioso en el hospital de Berga y teniendo en cuenta que la mayoría de centros asistenciales regidos por religiosas prestan un servicio parecido más o menos bien organizado según el personal disponible, la mejor reflexión es la que se desprende de aquellas palabras de Jesús: «Y el rey les contestará: Sí, os lo aseguro, siempre que lo hacíais a uno de estos hermanos míos tan pequeños, me lo hacíais a mí» (Mt 25, 40).

CRONISTA

(Tradujo: ALICIA FRANICEVICH
Voluntarios)

INDICE GENERAL / 83

LH OPINA

- En defensa de la vida, 9
- El hospital católico, 69
- La atención primaria de la salud, 133
- Presencia de los enfermos en el Sínodo de los obispos, 176

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- Postura de la Iglesia en la despenalización del aborto, 10
- La pobreza y el paro en la ciencia económica, 13
- Estudios fundamentales sobre la sangre artificial, 21
- Problemática y planificación de la cirugía pediátrica en los hospitales españoles, 24

- Conceptos actuales de la enseñanza en la clínica de psiquiatría, 134
- Investigación en psiquiatría, 138
- Donación y transfusión de sangre, 145
- La rehabilitación del enfermo hospitalizado, 196

PASTORAL SANITARIA

- Vida religiosa sanitaria, 40
- Discurso de Juan Pablo II a los hermanos, 44
- Palabras del Papa a los enfermos en su visita a España, 45
- Número especial dedicado a el hospital católico, 69-117
- Proyección evangélica de la humanización, 146
- Temas que requieren especial estudio, 155
- Una ética del respeto a la vida, 200

NOTICIARIO

Hospitales, 47, 157, 205

Pastoral, 51, 162, 210

FOTOGRAFADOS

Planificación de la cirugía pediátrica en España, 30 a 34,
39

J. Plaza Montero, 47, 208

Presidencia curso de urología. Pamplona, 48

Javier Huder, 49

Cursillistas de El hospital católico, 70, 92

Presidencia jornadas informativas. Madrid, 159

Jurado premios de epilepsia, 159

Hermano Pedro Luis Marchesi en el Sínodo, 177

Señor Laporte, 208

Vista laboratorio disección otológica, 209

De acuerdo con lo establecido por la Ley de Prensa, informamos a nuestros lectores que LABOR HOSPITALARIA es propiedad de la Curia Provincial Hermanos de san Juan de Dios, Provincia de Aragón.

La revista se sostiene con las ayudas que le llegan de suscripciones, de personas o entidades simpatizantes de la obra que realizan los hermanos de san Juan de Dios.

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

HOY...

SOLO PULSANDO
UN BOTON

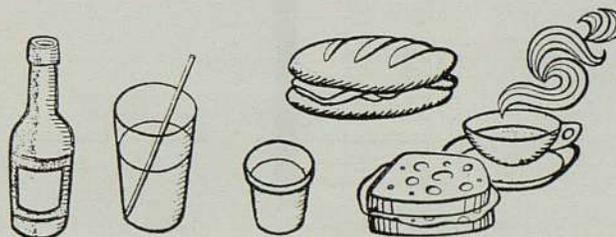


el mejor servicio de

MINIBAR AUTOMATICO

VENDING CONDAL, S. A.

BARCELONA TELF. 339 84 00 Y 04



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

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

J. JUAN SELLAS S. A.

ANTIGUA CASA CABRÉ

FUNDADA EN 1897

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



construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

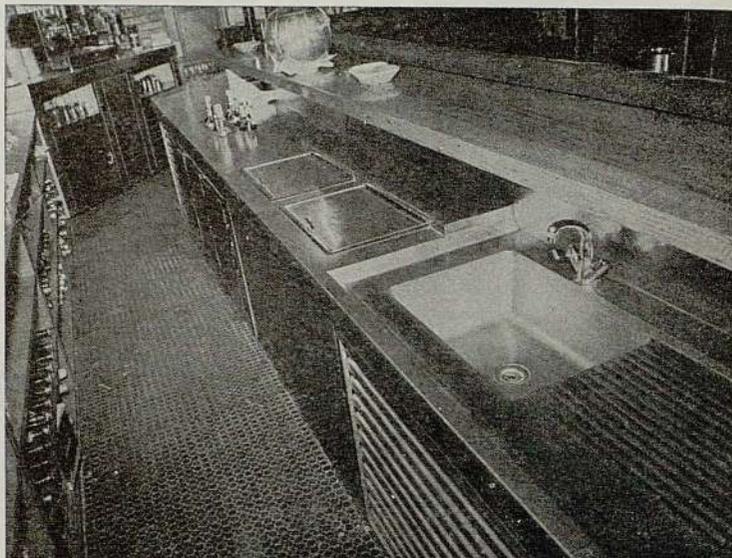
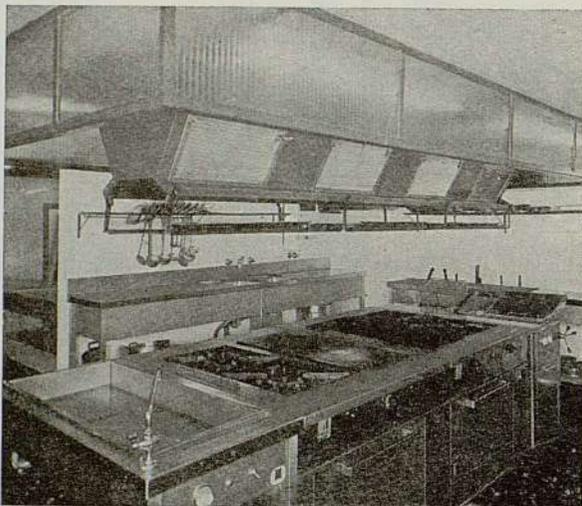
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

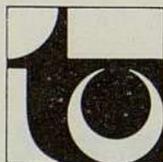
Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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



telstar S.S.

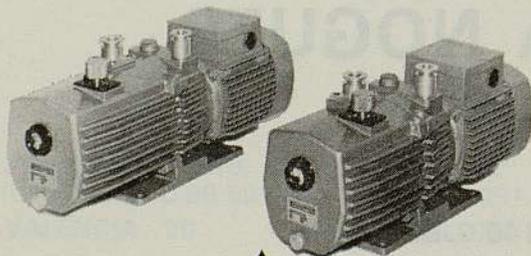
Fabricantes de: Bombas de vacío para Laboratorio e Industria. Componentes y accesorios para vacío; Equipos de Liofilización para Investigación y Laboratorios. Equipos de secado al vacío. Cabinas, Módulos y Salas estériles por flujo laminar. Autoclaves de esterilización por óxido de etileno.

José Tapiolas, 120 - Terrassa (Barcelona) España
Telf. 785 28 00 - Télex: 56101

Delegación Centro: Amado Nervo, 15 - Madrid-7
Telf. 433 72 96.



▲
Cabina estéril por flujo laminar Modelo AH-10



▲
Bombas de vacío a simple y doble efecto serie RS-RD



▲
Liofilizador experimental Modelo LIOALFA.