

ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES

LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Madrid - Barcelona

Año 26. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1973
Número 147 Volumen V

Director

ÁNGEL M.^o RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
BARCELONA 17

Serrano, 199
MADRID 16

Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.

MARINO SÁNCHEZ, O. H.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

VALENTÍN RIESCO, O. H.

Administración, Publicidad

y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
Tel. 203 40 00
BARCELONA 17

Depósito Legal. B. 2.998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

VOLUNTARIOS DE SAN JUAN DE DIOS 8

LA CONSTITUCIÓN APOSTÓLICA 12
SACRAM UNCTIONEM INFIRMORUM Y NUEVO RITUAL
Por el padre PAULINO ALONSO, C. P.

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES 19
Por el hermano RAMÓN FERRERÓ

CONSECUENCIAS PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES 21
DE LA HOSPITALIZACIÓN
Por M.^a DOLORES MORONDO ROS

PASTORAL DE AMBIENTES SANITARIOS 27
Por el padre MARIO ALBERTÓN, M. I.

REFLEXIÓN SOBRE LA VIDA RELIGIOSA 34
Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

MODELO Y GUÍA PARA CUANTOS SE DEDICAN 38
AL CUIDADO DE LOS ENFERMOS
Por MANUEL MARCO, O. H.

NOTICIARIO 40
Inauguración del nuevo hospital San Juan de Dios 40
Madrid-Toulouse-Gijón-Tortosa, 45
Vigo, San Baudilio de Llobregat, Caracas

BIBLIOGRAFÍA 44

Por un hospital más humano

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.9

VOLUNTARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

Los hospitales pueden hallar
en los voluntarios seculares, auxiliares
muy eficaces en la asistencia al enfermo

El día 8 de febrero quedaron constituidos e integrados oficialmente en el hospital San Juan de Dios

La idea de los voluntarios de san Juan de Dios hacía tiempo que era sopesada por el hermano Ramón Ferreró y guardada, «in pectore», para ser lanzada en ocasión oportuna. Esta ocasión ha llegado. En poco tiempo se ha hablado mucho ya sobre los voluntarios de san Juan de Dios. Había que informar a los lectores y acudimos al hermano provincial para que expusiese su pensamiento sobre este importante tema, a través de las páginas de «Información y Noticias».

Estas han sido sus respuestas.

—¿QUIÉNES PUEDEN PERTENECER A ESTA ASOCIACIÓN?

—En principio se ha pensado en que pueden pertenecer las personas de los dos sexos mayores de 16 años. Pero en los Colegios se pueden crear Secciones juveniles de Voluntarios que en forma colectiva presten su ayuda al Hospital.

Para pertenecer a la Asociación, que se constituirá con todos los requisitos legales, dentro de la Ley de Asociaciones española, se requiere solicitar la admisión y ser aprobado por la Junta Directiva, aceptar los Estatutos de la Asociación y pagar una pequeña cuota que servirá para mantener la autonomía de la Asociación del Hospital. Posteriormente, si el voluntario ha de trabajar en el Hospital deberá hacer un pequeño cursillo de información para que conozca qué es el Hospital y cómo está organizado. De esa forma su labor no interferirá en la del personal de plantilla y él se sentirá más integrado en la labor de conjunto.

—¿SE REGIRÁ POR ALGUNOS ESTATUTOS ESTA ASOCIACIÓN?

—Naturalmente. Con arreglo a la Ley de Asociaciones española se han redactado unos Estatutos que, en su día publicará Labor Hospitalaria, y en los que se determina qué es, cómo se organiza, cómo se puede pertenecer a esta Asociación, cuáles son sus órganos directivos, etc.

Una vez aprobados dichos Estatutos, se redactará un Reglamento en el que se especifiquen los trabajos a realizar, la forma de llevarlos a efecto, la forma de coordinarse con el personal de plantilla del hospital y otros pormenores.

—¿HABRÁ ALGÚN REPRESENTANTE DE LA ORDEN QUE ANIME Y COORDINE A LOS ASOCIADOS?

—Sí. Ya en el primer artículo de los Estatutos se dice que los Voluntarios ayudarán al Hospital San Juan de Dios según el espíritu de la Orden Hospitalaria. Para garantizar esto en la Junta Directiva existe el puesto de Asesor Religioso que siempre ha de recaer en un Religioso de la Orden.

—¿DÓNDE RADICARÁ LA CASA SOCIAL?

—En el capítulo segundo de los Estatutos se indica que la sede de la Asociación radicará en la ciudad y a ser posible en el propio hospital en que la Orden tenga establecida una comunidad religiosa. Se procurará que el Centro Social esté

Necesitamos voluntarios para hacer algo por alguien.

H Sí, voluntarios para hacer algo por alguien.

Voluntarios para dar calor, humanidad, al Hospital.

Esta es la medicina que usted tiene y que los niños enfermos del Nuevo San Juan de Dios necesitan.

Para que el Hospital no sea una casa cerrada ni un mundo aparte.

Venga a trabajar al Hospital.

Las horas que pueda.

Los días que pueda.

Venga a entregar, a su manera, ese amor que usted lleva dentro y que bulle por salir y por darse. Esa otra cara de su vida que usted también quiere vivir.

Barcelona necesita el Hospital. Pero el Hospital necesita a Barcelona. Para que los que viven en él no estén encerrados en él —encerrados en un mundo aparte— sino integrados en la comunidad. Participando de la vida de toda la Ciudad.

Usted puede ayudar.

Sea como sea.

Con su profesión, con su habilidad, lo importante es que gracias a su colaboración el Nuevo Hospital para niños de San Juan de Dios, hecho para que tenga el máximo nivel médico, será también ejemplar en algo más: no será un hospital en que sólo haya quirófanos. Habrá quirófanos y amor.

Y esta es la medicina que da esperanza a los niños enfermos.

Sólo le pedimos que haga lo que usted sepa hacer.

En el Hospital.

En casa.

Donde sea.

Quizás usted pueda colaborar en el equipo pedagógico que trabaja para que los niños enfermos de San Juan de Dios no queden marginados para toda la vida por falta de enseñanza. Quizás usted sabe planchar o reparar la ropa, o hacer ramos de flores.

Quizás sabe contar cuentos.

○ tocar la guitarra, o simplemente, conversar.

Quizás sepa escribir a máquina, o disponga de coche, o pueda ir a cobrar recibos

...o archivar... o dibujar... o velar...

Haga usted lo que haga, usted es útil a los niños del Hospital. Como lo son los miembros del completo equipo fijo de personal médico y sanitario y

todos los demás departamentos del Hospital. Usted viene para sumarse a nosotros y darles todavía más. Porque lo importante, para los niños, es saber que no están solos y olvidados sino que están apoyados por personas que les demuestran, así, con su trabajo, que les aman.

Entregue alguna hora libre.

Hay quién puede disponer de todas las tardes.

Y quien sólo puede darnos un domingo al mes.

Puede que usted nos pueda ofrecer, por ejemplo, los lunes de 7 a 9 de la mañana, o los miércoles por la noche. En cualquier caso la Asociación de Voluntarios de San Juan de Dios tomará nota del tipo de trabajo que usted pueda prestar y de los días y horas de que pueda disponer.

Su oferta estará anotada en un registro.

Y, en el momento en que su colaboración sea necesaria, le llamaremos.

Puesto que Ud. es de los nuestros, queremos abrirle los libros.

El Hospital de San Juan de Dios tiene un gran respeto por los derechos tanto de sus colaboradores voluntarios como del equipo de excelentes profesionales que trabajan a diario y perciben retribución por ello... y también por todo Barcelona que contribuye a edificar y sostener esta Institución.

Creemos que tenemos el deber de informar.

Por ello, hemos organizado una serie de charlas que tendrán lugar los días 6, 7, 8, 9, 10 y 11 a las 8 de la tarde, en las cuales explicaremos qué es y qué se propone ser este Nuevo Hospital, cómo se Administra y cuál es la labor de la Asociación de Voluntarios de San Juan de Dios.

Antes de que tome Ud. la decisión de ayudarnos, nos gustaría que nos conociera ampliamente.

Le invitamos a asistir a una de estas charlas. Por favor, confirme día y hora llamándonos al teléfono núm. 203 4000

Y si, en principio, siente interés por pertenecer a la Asociación de Voluntarios de San Juan de Dios, le rogamos nos lo comunique a través del mismo teléfono o enviando este cupón.

Muchas gracias.



HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
Avda. Gralimo. 549
Sírvese informarme más ampliamente acerca de la Asociación de Voluntarios de Hospital.



Mi nombre _____

Apellidos _____

Domicilio _____

Teléfono _____

© 1982 by Hospital de San Juan de Dios

en el propio hospital porque de esa forma se facilitan los contactos entre los Voluntarios y el personal del Hospital. Además desde ese Centro Social se puede orientar toda la actividad de los asociados.

—¿PODRÁ EXTENDERSE A LOS DEMÁS HOSPITALES DE LA PROVINCIA ESTA ASOCIACIÓN?

—Naturalmente. Y no sólo a los de la Provincia sino a otras Provincias que la consideren interesante. Tenga en cuenta que ya existen atisbos de lo que es una Asociación de Voluntarios en otras formas de colaboración que tienen nuestras casas en América y en otros lugares de España. Solamente que el constituirlo en Asociación le da un carácter jurídico y recomendado por el Reglamento de Hospitales español.

Concretamente en nuestra Provincia, se puede extender rápidamente a otras casas cercanas a Barcelona. En San Baudilio también existe un Patronato pro rehabilitación social del enfermo mental que es muy similar, aunque de menores alcances, y que podría transformarse en una Asociación local de Voluntarios de Hospital.

—¿QUÉ SERVICIOS DE HOSPITAL PODRÁN REALIZAR LOS VOLUNTARIOS?

—En general serán servicios complementarios, no los estrictamente técnicos. Hay que tener en cuenta que la Asociación lo que pretende es humanizar el hospital, por tanto su labor ha de ser, más en el campo de lo social y familiar que en lo estrictamente técnico. Los Voluntarios podrán hacer compañía a los niños, darles clases, repartir comidas, acompañarlos en coche a su casa si son minusválidos, etc. Hay que tener en cuenta que ahora, en el nuevo Hospital, al haber muchas habitaciones individuales y otras de pocas camas, se necesita más personal de pedagogía y de una pedagogía individualizada y amena. Porque a un niño que va a estar 8 ó 10 días no se le van a dar unas clases reglamentadas, sino más bien aprovechar la estancia para acompañarle y enseñarle cosas útiles: a dibujar, a coleccionar sellos, a tocar algún instrumento o iniciarle al menos, etc.

También son muy importantes las personas que sustituirán a ciertas madres durante algunas horas para que puedan ir a comer o a realizar algún trabajo en casa. Ya se sabe que la compañía en habitaciones individuales es necesaria y habrá muchas familias que quizás no puedan alternarse en la vela.

Además de estos servicios existen otros muchos posibles en la parte administrativa del Hospital, o en la de relaciones públicas, o en la Asistencia social. En ésta concretamente se puede colaborar muy eficazmente en la reinserción social del niño al abandonar el Hospital.

Pero temo hacerme demasiado prolijo enumerando formas de ayuda de los Voluntarios. Ya sabe que hemos editado un folleto que se titula Cincuenta nuevas maneras de dar vida a un niño enfermo en el que se enumeran esas 50 formas de colaboración, pero que no son sino algunas de las muchas posibles.

—¿SE LE EXIGIRÁ ALGÚN GRADO DE PREPARACIÓN ANTES DE INICIAR LOS TRABAJOS EN EL HOSPITAL?

—Ya lo he dicho anteriormente. Los que hayan de trabajar en el hospital mismo deberán conocerlo, saber cómo se dirige y organiza y tener una información detallada del servicio en el que van a prestar su colaboración.

Para ello se organizarán cursillos especiales, pero también el propio personal de plantilla ha de colaborar en adiestrar a los Voluntarios ya que en definitiva le vienen a hacer también un favor a él, al aligerarle de una parte del trabajo.

—¿EN QUÉ HA CONSISTIDO ESTA PRIMERA SEMANA DEDICADA A LOS VOLUNTARIOS?

—Ha sido un primer contacto con las personas interesadas en esta ayuda. Ya hace años que teníamos confeccionadas unas fichas perforadas con los datos



Ramón Buira da las gracias a los asambleístas, el día de su elección como presidente de los voluntarios de san Juan de Dios.

del Voluntario y una serie de posibles trabajos a realizar y los días y horas en que se prestaba a realizarlos, pero no quisimos lanzarlas porque el antiguo hospital no reunía las condiciones suficientes para organizar bien la Asociación. Ahora, con motivo de la puesta en servicio del nuevo Hospital, hemos creído que era el momento adecuado de lanzar la idea, y sinceramente hemos de decir que Barcelona ha respondido como se esperaba.

Cientos de personas se han interesado por la Asociación. La prensa nos ha concedido los mejores espacios para publicar nuestra llamada. Y en las charlas organizadas para informar sobre la constitución de la Asociación, había cada día más personas, de toda edad y condición, pero especialmente jóvenes que ya nos han dado su nombre y se han ofrecido para distintos servicios.

Tras este primer contacto para unificar criterios seguiremos en relación para comunicarles cuando se aprueben los Estatutos, la forma concreta de pertenecer a la Asociación.

Ya son numerosas las sugerencias y proyectos que estos centenares de personas nos han hecho al venir a las conferencias. Pero, cuando la Asociación se abra a todos, puede ser un elemento de primer orden en la captación de la atención de la ciudad, cosa importante para un hospital, y especialmente para este de San Juan de Dios de Barcelona que, durante 105 años ha sido tan popular y que correría el riesgo al iniciar una nueva forma de financiación y de servicio, de deshumanizarse.

Así lo han comprendido los barceloneses y estoy seguro de que su prestación personal, unida a la que hasta ahora había en el terreno económico, permitirá al Hospital mantener y actualizar el espíritu de san Juan de Dios.

Se inicia, por tanto, una nueva fase de trabajo en pro de los enfermos que no dudamos ha de ser provechoso, tanto para los que reciban la benéfica influencia de estas voluntarias personas caritativas, integradas en esta nueva Asociación, como también para los mismos voluntarios que se afanarán en todo momento por cumplir su importante misión caritativa.

Sobre unos y otros recaiga la bendición de Dios, repartida por el sencillo y humilde pastorcillo de Oropesa, conocido por todos con el nombre de san Juan de Dios.

ÁNGEL M.^a RAMÍREZ BAYONA, O. H.

Información y Noticias
de los hermanos de san Juan de Dios,
diciembre, 1972. N.º 7

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (V)

La Constitución Apostólica «Sacram Unctionem infirmorum»

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

PARTE INTRODUCTORIA

Los encargados y servidores del Pueblo de Dios han parado por un momento la exposición que veníamos ofreciendo a los lectores de «Labor Hospitalaria» sobre el Sacramento de la Unción de los enfermos.

La dirección de la Revista, sabiendo que se preparaba su revisión, se preocupó de abordar el tema e ir trazando camino para que pudieran sus lectores estar preparados para la lectura y comprensión del Documento pontificio y del nuevo Ritual.

La coincidencia ha sido perfecta. Cuando nos proponíamos el estudio y las reflexiones teológico-pastorales en orden a una revisión y actualización de la práctica del Sacramento, tenemos que seguir la historia del mismo. En este caso la Autoridad Pontificia ha dado título al último capítulo: Renovación del Sacramento de la Unción de los enfermos.

LA ESTRUCTURA Y NOVEDADES CONTENIDAS EN LA CONSTITUCIÓN APOSTÓLICA

Se puede dividir la Constitución en dos partes: una histórica y la otra de renovación pastoral.

La primera no tiene novedad para los lectores, después de la amplia exposición de la fundamentación bíblica —análisis de la Carta de Santiago (5, 14-15), de la descripción de la trayectoria histórica y de la afirmación doctrinal en los

Concilios de Florencia y de Trento. Pablo VI ha enriquecido esta parte con un perfecto aparato crítico.

La segunda parte, en la que prevalece la orientación espiritual y pastoral, encierra algunas novedades dignas de tenerse en cuenta. Señalamos las que llevan consigo una renovación más radical.

Ante todo recuerda la doctrina del Concilio Vaticano II respecto al destinatario del Sacramento, precisando que se trata de quien se encuentra en peligro de muerte, o, como se dirá en la fórmula sacramental, «gravemente enfermo».

A nuestro juicio merece ser destacada la reiteración de la Unción, no sólo si el enfermo, restablecido, recae de nuevo en la enfermedad, la misma u otra, sino, y es lo que hay que notar, si durante la misma enfermedad, el peligro se hace más serio. Se plantea el destinatario de la Unción. En principio hemos de advertir que no se trata para nada de moribundos o agonizantes.

Como en las renovaciones, ya realizadas, de otros sacramentos, el del Bautismo por ejemplo, se recupera decididamente el aspecto o carácter eclesial y redentor de la Unción, abriendo amplio campo a una mayor profundización en la línea de la actualización emprendida por la Iglesia.

Su simple enumeración manifiesta la riqueza de cambios que va a significar: concelebración o participación de varios sacerdotes en la administración de la Unción, la inserción del sacramento en una celebración litúrgica y hasta la posibilidad de incluirlo en una celebración eucarística.¹

Estas novedades y reformas exigían lógicamente la promulgación de un nuevo Rito que entrará universalmente en vigor en la Iglesia Latina a partir del 1 de enero de 1974.

El nuevo Ritual² forma parte de la renovación pastoral que, al entrar en vigor, exigirá previamente una catequesis que capacite la totalidad del Pueblo de Dios hasta conseguir el cambio de mentalidad, la vivencia de las novedades y reformas introducidas, como la fórmula sacramental, notablemente simplificada y la posibilidad de usar aceite que no sea de oliva, si bien ha de ser necesariamente de plantas.

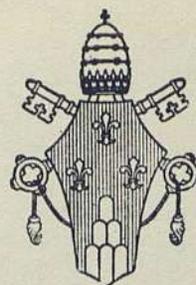
Antes de terminar esta introducción no podemos olvidar que el nuevo texto de la fórmula sacramental afirma claramente que la gracia del Sacramento es obra del Espíritu Santo y que nos enumera los efectos espirituales entre los que incluye la eficacia penitencial al suplir al Sacramento de la Penitencia cuando éste no pueda ser recibido.

¹ Volveremos sobre estas nuevas formas de celebración, ya que ahora solo intentamos presentar el Documento pontificio. En sucesivos artículos utilizaremos copiosamente la introducción doctrinal-espiritual-pastoral contenida también en la introducción del Ritual, en donde se amplía lo que aquí simplemente indicamos.

² *Rituale Romanum ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilii Vaticani II instauratum auctoritate Pauli PP. VI promulgatum. «Editio typica», Editorial Poliglota Vaticana, 1973. Ha sido preparado por el «Concilium ad exsequendam Constitutionem de Sacra Liturgia y puesto al día por la Sagrada Congregación para el Culto Divino.*

Constitución Apostólica «Sacram Unctionem infirmorum» sobre el sacramento de la Unción de los enfermos

PABLO, OBISPO,
SIERVO DE LOS SIERVOS DE DIOS
PARA PERPETUA MEMORIA



UNO DE LOS SIETE SACRAMENTOS DEL NUEVO TESTAMENTO

La Sagrada Unción de los enfermos, tal como lo reconoce y enseña la Iglesia católica, es uno de los siete sacramentos del Nuevo Testamento, instituido por Jesucristo Nuestro Señor, «esbozado ya en el Evangelio de Marcos (Mc 6, 13), recomendado a los fieles y promulgado por el apóstol Santiago, hermano del Señor. *¿Está enfermo —dice él— alguno entre vosotros? Mande llamar a los presbíteros de la Iglesia y oren sobre él y lo unjan con el óleo en el nombre del Señor; y la oración de la fe salvará al enfermo y el Señor lo aliviará y los pecados que hubiere cometido le serán perdonados* (Sant 5, 14-15)».¹

TESTIMONIOS

Testimonios sobre la unción de los enfermos se encuentran, desde tiempos antiguos, en la tradición de la Iglesia, especialmente en la litúrgica, tanto en Oriente como en Occidente. En este sentido se pueden recordar de manera particular la carta de nuestro predecesor Inocencio I a Decencio, obispo de Gubbio² y el texto de la venerable oración usada para bendecir el óleo de los enfermos: «Envía, Señor, tu Espíritu Santo Paráclito», que fue introducido en la Plegaria Eucarística³ y se conserva aún en el Pontifical Romano.⁴

A lo largo de los siglos, se fueron determinando en la tradición litúrgica con mayor precisión, aunque no de modo uniforme, las partes del cuerpo del enfermo que debían ser ungidas con el santo óleo, y se fueron añan-

diendo distintas fórmulas para acompañar las unciones con la oración, tal como se encuentran en los libros rituales de las diversas Iglesias. Sin embargo, en la Iglesia Romana prevaleció desde el medioevo la costumbre de unguir a los enfermos en los órganos de los sentidos, usando la fórmula: «Por esta santa Unción y por su bondadosa misericordia te perdone el Señor todos los pecados que has cometido», adaptada a cada uno de los sentidos.⁵

La doctrina acerca de la santa Unción se expone también en los documentos de los Concilios Ecuménicos, a saber, el Concilio de Florencia y sobre todo el de Trento y el Vaticano II.

El Concilio de Florencia describió los elementos esenciales de la Unción de los enfermos;⁶ el Concilio de Trento declaró su institución divina y examinó a fondo todo lo que se dice en la Carta de Santiago acerca de la Santa Unción, especialmente lo que se refiere a la realidad y a los efectos del sacramento: «Tal realidad es la gracia del Espíritu Santo, cuya unción limpia los pecados, si es que aún quedan algunos por expiar, y las reliquias del pecado; alivia y conforta el alma del enfermo suscitando en él gran confianza en la divina misericordia, con lo cual el enfermo, confortado de este modo, sobrelleva mejor los sufrimientos y el peso de la enfermedad, resiste más fácilmente las tentaciones del demonio "que lo acecha al calcañar" (Gén 3, 15) y consigue tal vez la salud del cuerpo si fuera conveniente a la salud de su alma».⁷ El mismo Santo Sínodo proclamó además que en las palabras del Apóstol se indica con bastante claridad que «esta unción se ha de administrar a los enfermos y, sobre todo, a aquellos que se encuentran en tan grave peligro que parecen estar ya en fin de vida, por lo cual es también llamada sacramento de los moribundos».⁸ Finalmente, por lo que se refiere al ministro propio, declaró que éste es el presbítero.⁹

¹ Cf. Conc. Trid., Sessio XIV, *De extrema unctione*, cap. 1 (cf. *ibid.* can. 1): CT, VII, 1, 355-356; Denz.-Schön 1965, 1716.

² Ep. *Si Instituta Ecclesiastica*, cap. 8; PL, 20, 559-561; Denz.-Schön. 216.

³ *Liber Sacramentorum Romanae Aeclesiae Ordinis Anni Circuli*, ed. L. C. MOHLBERG (*Rerum Ecclesiasticarum Documenta, Fontes, IV*), Roma 1960, p. 61; *Le Sacramentaire Grégorien*, ed. J. DESHUSSES (*Spicilegium Friburgense, 16*), Fribourg 1971, p. 172; cf. *La Tradition Apostolique de Saint Hippolyte*, ed. B. BOTTE (*Liturgiewissenschaftliche Quellen und Forschungen, 39*), Münster in W. 1963, pp. 18-19; *Le Grand Euchologe du Monastère Blanc*, ed. E. LANNE (*Patrologia Orientalis, XXVIII, 2*), París 1958, pp. 392-395.

⁴ Cf. *Pontificale Romanum: Ordo benedicendi Oleum Catechumenorum et Infirmorum et conficiendi Chrisma*, Città del Vaticano 1971, pp. 11-12.

⁵ Cf. M. ANDRIEU, *Le Pontifical Romain au Moyen-Age*, t. 1, *Le Pontifical Romain du XIIe siècle (Studi e Testi, 86)*, Città del Vaticano 1938, pp. 267-268; t. 2, *Le Pontifical de la Curie Romaine au XIIIe siècle (Studi e Testi, 87)*, Città del Vaticano 1940, pp. 491-492.

⁶ *Decr. pro Armeniis*, G. HOFMANN, *Conc. Florent.*, I-II, p. 130; Denz.-Schön. 1324 s.

⁷ Conc. Trid., Sessio XIV, *De extrema unctione*, cap. 2: CT, VII, 1, 356; Denz.-Schön. 1696.

⁸ *Ibid.* cap. 3: CT, *ibid.*; Denz.-Schön. 1698.

⁹ *Ibid.* cap. 3, can. 4: CT, *ibid.*; Denz.-Schön. 1697, 1719.

CONCILIO VATICANO II

Por su parte el Concilio Vaticano II ha dicho ulteriormente: «La "Extremaunción", que puede llamarse también, y más propiamente, "Unción de los enfermos", no es sólo el sacramento de quienes se encuentran en los últimos momentos de su vida. Por tanto, el tiempo oportuno para recibirlo empieza cuando el cristiano comienza a estar en peligro de muerte por enfermedad o por vejez».¹⁰ Por lo demás, que el uso de este sacramento sea motivo de solicitud para toda la Iglesia, lo demuestran estas palabras: «Con la Sagrada Unción de los enfermos y la oración de los presbíteros, toda la Iglesia encomienda los enfermos al Señor paciente y glorioso, para que los alivie y los salve (cf. Sant 5, 14-16), e incluso los exhorta a que, asociándose voluntariamente a la pasión y a la muerte de Cristo (Rom 8, 17; Col 1, 24; 2 Tim 2, 11-12), contribuyan así al bien del pueblo de Dios».¹¹

CAMBIO DE FORMULA SACRAMENTAL

Todos estos elementos debían tenerse muy en cuenta al revisar el rito de la Santa Unción, con el fin de que lo susceptible de ser cambiado se adapte mejor a las condiciones de los tiempos actuales.¹²

Hemos pensado, pues, cambiar la fórmula sacramental de manera que, haciendo referencia a las palabras de Santiago, se expresen más claramente los efectos sacramentales.

Como por otra parte el aceite de oliva, prescrito hasta el presente para la validez del sacramento, falta totalmente en algunas regiones o es difícil de conseguir, hemos establecido, a petición de numerosos obispos, que en adelante pueda ser utilizado también, según las circunstancias, otro tipo de aceite, con tal de que sea obtenido de plantas, ya que éste se asemeja más al aceite de oliva.

En cuanto al número de unciones y a los miembros que deben ser ungidos, hemos creído oportuno proceder a una simplificación del rito actual.

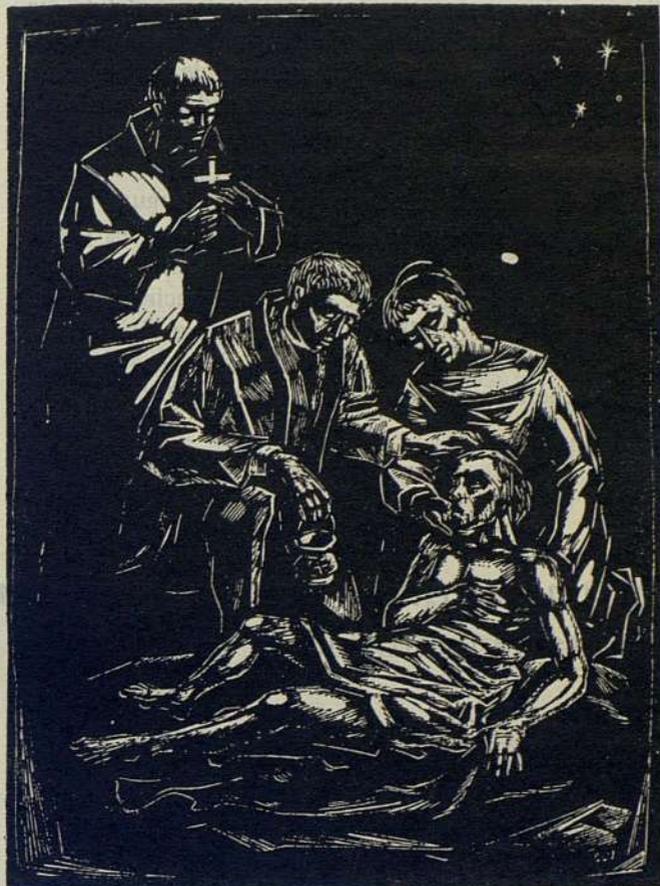
Por lo cual, dado que esta revisión atañe en ciertos aspectos al mismo rito sacramental, establecemos con nuestra Autoridad Apostólica que en adelante se observe en el rito latino cuanto sigue:

El sacramento de la Unción de los enfermos se administra a los gravemente enfermos ungiéndolos en la frente y en las manos con aceite de oliva o, según las circunstancias, con otro

¹⁰ Conc. Vat. II, Const. *Sacrosanctum Concilium*, n. 73: AAS 56 (1964) 118-119.

¹¹ *Ibid.*, Const. *Lumen gentium*, n. 11: AAS 57 (1965) 15.

¹² Cf. Conc. Vat. II, II, Const. *Sacrosanctum Concilium*, n. 1: AAS 56 (1964) 97.



aceite de plantas debidamente bendecido, y pronunciando una sola vez estas palabras: «*Per istam sanctam unctionem et suam piissimam misericordiam adiuvet te Dominus gratia Spiritus Sancti ut a peccatis liberatum te salvet atque propitius allevet.*»

Sin embargo, en caso de necesidad, es suficiente hacer una sola unción en la frente o, por razón de las particulares condiciones del enfermo, en otra parte más apropiada del cuerpo, pronunciando integralmente la fórmula.

Este sacramento puede ser repetido, si el enfermo, que ha recibido la Unción, se ha restablecido y después ha recaído de nuevo en la enfermedad, o también si durante la misma enfermedad el peligro se hace más serio.

APROBACION

Establecidos y declarados estos elementos sobre el rito esencial del sacramento de la Unción de los enfermos, aprobamos también con nuestra Autoridad Apostólica el *Ordo* de la Unción de los enfermos y de su pastoral, tal como ha sido revisado por la Sagrada Congregación para el Culto Divino, derogando o abrogando al mismo

tiempo, si es necesario, las prescripciones del Código de Derecho Canónico o las otras leyes hasta ahora en vigor; siguen en cambio teniendo validez las prescripciones y las leyes que no son abrogadas o cambiadas por el mismo *Ordo*. La edición latina del *Ordo*, que contiene el nuevo rito, entrará en vigor apenas será publicada; por su parte las ediciones en lengua vernácula, preparadas por las Conferencias Episcopales y aprobadas por la Sede Apostólica, entrarán en vigor el día señalado por cada una de las Conferencias; el *Ordo* antiguo podrá ser utilizado hasta el 31 de diciembre de 1973. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 1974, todos deberán usar solamente el nuevo *Ordo*.

El nuevo ritual para la administración del sacramento de la Unción de los enfermos

DISPOSICIONES OBLIGATORIAS

Continuando la aplicación de las decisiones conciliares relativas a la reforma litúrgica, la Sede Apostólica ha hecho públicos a la vez dos importantes documentos: una Constitución del Papa Pablo VI sobre el sacramento de la Unción de los enfermos y la parte del Ritual Romano que hace referencia a los enfermos, preparada por el *Consilium ad exsequendam Constitutionem de Sacra Liturgia* y puesta al día por la Sagrada Congregación para el Culto Divino. Las disposiciones contenidas en ambos documentos serán obligatorias a medida que las Conferencias Episcopales vayan aprobando las ediciones en sus respectivas lenguas vernáculas y, en todo caso, a más tardar, el 1 de enero de 1974. Merece subrayarse la importancia teológica, espiritual y pastoral de las decisiones tomadas al respecto ya que, en muchos casos, implican necesariamente un cambio de mentalidad por parte de los sacerdotes y de los fieles y, en consecuencia, un intenso esfuerzo en el campo de la catequesis. Hemos de notar, no obstante, que este cambio era vivamente deseado desde hace tiempo, y que en realidad había comenzado ya; se presenta, pues, como prolongación de las orientaciones trazadas por el Concilio de Trento.

EN LA LINEA DE LOS CONCILIOS

1. Sería, en efecto, un grave error considerar el Concilio de Trento algo muy lejano o superados sus decretos.

El Concilio Vaticano II, lejos de oponerse a él, reco-

Determinamos que todo cuanto hemos decidido y prescrito tenga plena eficacia en el rito latino, ahora y para el futuro, no obstante a esto —en cuanto sea necesario— ni las Constituciones ni las Disposiciones Apostólicas emanadas por nuestros predecesores, ni las demás prescripciones, aun las dignas de especial mención.

Dado en Roma, junto a San Pedro, el 30 de noviembre de 1972, año X de nuestro pontificado.

L'Osservatore Romano
21 de enero de 1973

ge la obra de reforma y de profundidad doctrinal para desarrollarla ulteriormente.

Precisamente por esto la Constitución Apostólica *Sacram unktionem* se apoya, desde sus primeras frases, en lo enseñado por la XIV sesión del Concilio de Trento, de la que reproduce una parte. Se sabe por la historia de los debates, que este texto pone de manifiesto la voluntad de los padres, es decir, distanciarse de la teología medieval y negarse a ver en la extremaunción únicamente el sacramento de aquellos que van a morir.

Aprovechando los mayores conocimientos que los estudios patrísticos y litúrgicos han aportado y proyectado sobre la tradición de este sacramento, el Concilio Vaticano II ha podido dar un paso más. Sin desaprobando el término medieval de «Extremaunción», ha expresado su preferencia por el de «Unción de enfermos». En dos ocasiones (en la Constitución *Sacrosanctum Concilium*, n. 73; y en la Constitución dogmática *Lumen gentium*, n. 11) ha dado a entender que no se trata sólo de una cuestión de vocabulario: *tempus opportunum id recipiendi iam certe habetur, cum fidelis incipit esse in periculo mortis propter infirmitatem vel senium* (el tiempo oportuno para recibirlo comienza cuando el cristiano empieza a estar en peligro de muerte por enfermedad o por vejez (*Sacrosanctum Concilium*, 73)).

En efecto, este sacramento está destinado a dar a los enfermos las gracias convenientes a su estado, las mismas que describe el apóstol Santiago en el capítulo V de su Carta, citado constantemente por el magisterio y por los libros litúrgicos: *oratio fidei salvabit infirmum, et allevabit eum Dominus; et si in peccatis sit, dimittentur ei* (la oración de la fe salvará al enfermo y lo reanimará el Señor; y si hubiere cometido pecados le serán perdonados) (cf. *Lumen gentium*, 11).

CAMBIO DE LA FORMULA SACRAMENTAL

Ciertamente, el ritual latino que nos ha llegado del medioevo permanecía en su conjunto fiel a esta doctrina; pero la fórmula que acompañaba cada unción no expresaba sino uno solo de los efectos del sacramento: *per istam sanctam unctionem et suam piissimam misericordiam, indulgeat tibi Dominus quidquid... deliquisti* (por esta santa unción y por su bondadosa misericordia te perdone el Señor todos los pecados que has cometido...) y las unciones, aplicadas a los diversos órganos de los sentidos del cuerpo humano, adquieren un aspecto sobre todo penitencial: *quidquid per visum, etc. deliquisti* (todos los pecados que has cometido con la vista, etcétera).

2. La primera y la más importante reforma introducida por la nueva Constitución de Pablo VI consiste precisamente en cambiar la fórmula sacramental sustituyéndola por otra, inspirada en los textos de Santiago y del Concilio de Trento: *Per istam sanctam unctionem et suam piissimam misericordiam adiuvet te Dominus gratia Spiritus Sancti, ut a peccatis liberatum te salvet atque propitius allevet* (por esta santa unción y por su bondadosa misericordia te ayude el Señor con la gracia del Espíritu Santo para que libre ya de los pecados, te salve y te alivie por su benignidad).

Este nuevo texto abre dos importantes perspectivas: la primera, que la gracia dada es obra del Espíritu Santo, como lo ha expresado siempre la oración del ritual romano dada para la bendición del óleo: *Emitte, quaesumus, Spiritum tuum sanctum Paraclitum de caelis in hanc pinguedinem olei...* (te rogamos Señor, que envíes desde el cielo tu Espíritu Santo Paráclito a esta ubérrima sustancia de aceite). La segunda, que el sacramento de la unción es un remedio para el alma y para el cuerpo; si es verdad que tiene eficacia penitencial, hasta el punto de suplir el sacramento de la penitencia cuando ésta sea imposible, él comporta sobre todo una gracia de salud, de consuelo, de alivio espiritual.

EL SIGNO SACRAMENTAL

3. Este cambio de la fórmula va acompañado por otras dos disposiciones, menos importantes, relativas al signo sacramental.

La primera se refiere al número de las unciones: en efecto, el Concilio Vaticano II había expresado el deseo de que *unctionum numerus pro opportunitate accommodetur* (adáptese según las circunstancias el número de las unciones) (*Sacra liturgia*, 75). Se hacía necesario, pues, hallar una solución media entre las múltiples unciones previstas por el Ritual heredado del medioevo y la reducción del signo a una sola unción en caso de necesidad: en adelante, el rito normal comprenderá dos unciones solamente, en la frente y en las manos, acompañadas de una única fórmula; en caso de necesidad,

será suficiente una sola unción en la frente, acompañada, como es lógico, de la fórmula, pero según las condiciones particulares del enfermo podrá ser hecha en otra parte del cuerpo. Por lo demás, los rituales particulares podrán conservar o introducir más unciones o aplicarlas en lugares diferentes según la mentalidad de los diversos pueblos (*Praenotanda del Ordo* n. 24).

La otra decisión de Pablo VI responde al deseo de numerosas Conferencias Episcopales de países de misión: aunque el aceite de oliva haya sido tradicionalmente obligatorio como materia para la unción de los enfermos, ya que corresponde a la usanza bíblica que le da preciso simbolismo sacramental de remedio y de unción (Mc 6, 12-13; Sant 5, 14-15), queda permitido en adelante que, si es necesario, sea utilizado otro aceite, con tal de que sea de origen vegetal: *quod tamen a plantis sit expressum*.

DISCIPLINA PARA LA ADMINISTRACION DEL SACRAMENTO

4. Finalmente, notemos cómo la Constitución Apostólica da mayor elasticidad a la disciplina vigente sobre la administración del sacramento de la Unción: se podrá dar de nuevo a un enfermo que lo haya recibido, no sólo si recae en la enfermedad después de un período de convalecencia, lo cual estaba ya admitido (can. 940), sino también cuando en el curso de la misma enfermedad su estado se haya hecho más crítico (*discrimen gravius fiat*).

5. A los cambios en los signos o en la disciplina, que exigían la intervención directa del Papa con la plenitud de su autoridad, el nuevo *Ordo* del Ritual añade algunas disposiciones que prolongan o amplían ciertos principios ya vigentes.

Es sabido, por ejemplo, que en Oriente el sacramento de los enfermos da lugar a una concelebración, pudiendo ser muchos los sacerdotes que intervienen simultáneamente en la aplicación de las unciones y en las oraciones. Este caso puede darse en efecto cuando son varios los sacerdotes que se encuentran reunidos a la cabecera del enfermo, por ejemplo, en una comunidad: sin necesidad de llegar a admitir la concelebración para la parte propiamente sacramental de la unción, el nuevo Ritual prevé la intervención de cada uno de los sacerdotes presentes para la imposición de manos y también que se repartan entre ellos los ritos de la preparación y de la conclusión.

La bendición del óleo de los enfermos no ha sido nunca tan estrictamente reservada al obispo como la bendición del crisma: en Oriente la hace el sacerdote cada vez que administra el sacramento; en la Iglesia latina se preveían indultos por el derecho (can. 945), y la antigua costumbre romana hacía decir a los sacerdotes concelebrantes simultáneamente con el obispo la

oración de la bendición del óleo de los enfermos, porque formaba parte del Canon de la misa. No obstante se mantenga el principio de que normalmente el sacerdote debe servirse del óleo bendecido por el obispo el día de jueves santo, el nuevo Ritual prevé que «en caso de verdadera necesidad, el sacerdote puede bendecir el óleo durante la ceremonia misma de la unción». En el Ritual se encuentra la fórmula de bendición, que es prácticamente idéntica a la tradicional del jueves santo. Digamos de paso que esta fórmula, un poco desfigurada debido a cosas añadidas posteriormente, ha vuelto a encontrar en el Pontifical su rica significación: el óleo se bendice, ante todo, para que la unción con él dé la salud y alivie el sufrimiento. Pero como el sacramento en cuanto tal da la gracia santificante necesaria para la salud espiritual de quien lo recibe, es conveniente recordar que, si puede contribuir también a la salud corporal, esto sucede en la medida en que la salud sea conveniente para la salvación.

Hay que notar además el gesto de la imposición de manos que ciertamente se hacía ya según el Ritual antiguo, pero que adquiere un mayor relieve en el nuevo *Ordo*: sin ser propiamente un sacramental, está sugerido por la práctica del Señor que imponía las manos a los enfermos para curarlos y también por el modo de expresarse del apóstol Santiago: *orient super eum* (Oren sobre él).

CELEBRACION LITURGICA

Finalmente, el nuevo *Ordo* aconseja, siempre que sea posible, la inserción del sacramento en una celebración litúrgica más completa, con acto penitencial, lectura de la palabra de Dios, plegaria universal, recitación del Padre nuestro, bendición.

El Ritual prevé también la posibilidad de administrar la unción durante la santa misa y describe, sobre todo, la «celebración de la unción en medio de una gran asamblea de fieles» (nn. 83-92). Esto es algo totalmente nuevo; de ello se han hecho recientes experiencias positivas con gran éxito en ocasión de peregrinaciones, en Lourdes, por ejemplo, o en encuentros de enfermos, lo

cual constituye una fuente de gran progreso espiritual.

En efecto, en vez de considerar la unción de los enfermos como un rito administrado a escondidas para ocultar a uno la inminencia de su muerte, estas celebraciones solemnes ofrecen a las personas en graves condiciones de salud, por enfermedad o vejez, la posibilidad de consagrar su estado, unirse a los sufrimientos de Cristo y recibir las gracias que necesitan en su prueba.

CONTENIDO ESPIRITUAL Y SENTIDO PASTORAL DEL NUEVO «ORDO»

6. Todas estas innovaciones demuestran que se hace necesario invitar a los sacerdotes a un esfuerzo pastoral y a los fieles a una profundización espiritual.

Por esto, el nuevo *Ordo* comienza sus *Praenotanda* por un resumen doctrinal: *De infirmitate humana eiusque significatione in mysterio salutis* (la enfermedad humana y su significación en el misterio de la salvación) (nn. 1-4) y por una breve catequesis del sacramento de la unción (nn. 5-7). La administración misma del sacramento debe ser comprendida en una perspectiva más amplia: *De officiis et ministeriis circa infirmos* (deberes y ministerios para con los enfermos) (nn. 32-37), que es, dentro de su brevedad, un verdadero tratado de pastoral de los enfermos.

El mismo título del *Ordo* dice precisamente: *Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae* (el Orden de la unción de los enfermos y su cura pastoral), y prevé la oración que se ha de recitar ante los enfermos, el ritual de la comunión espiritual; así como, para los que están más próximos a la muerte, el «Viático, siempre necesario», se administra de manera normalmente más solemne. Finalmente, la oración de la Iglesia «*commendatio morientium*» (recomendación del alma), acompaña al cristiano hasta su último suspiro.

Todos estos ritos han sido revisados, aclarados, en ocasiones muy simplificados, sobre todo en el caso de la bendición apostólica, incluida ya en el acto penitencial que precede el Viático (n. 106).

L'Osservatore Romano
28 de enero de 1973

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Se celebró en Barcelona del 29 de enero al 3 de febrero de 1973

Por Fr. RAMON FERRERO, O. H.



El ministro de Trabajo, don Licinio de la Fuente, visita el puesto de Voluntarios de hospitales y hace patente su complacencia al hermano Jaime Nadal.

Nuevamente ha sido Barcelona, la encargada de la organización del Congreso Nacional de Hospitales. Tras el primero celebrado en 1970 y las Jornadas Técnicas del año 1971, ha tenido lugar este segundo patrocinado por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario como las dos reuniones anteriores.

Es significativo que en estos tres años no se haya suscitado en ningún otro lugar de España la necesidad de celebrar este segundo congreso, siendo que el tema hospitalario está en el ánimo de todos los profesionales relacionados con la sanidad como uno de los más necesitados de revisión y renovación.

Quizás el motivo de esa respuesta que no ha llegado, es la inexistencia de Asociaciones similares en otros puntos de la geografía española. Y si no existe ese

esfuerzo mancomunado de todos aquellos que se dedican al hospital en una región, no prestando atención a su institución solamente, sino a la asistencia hospitalaria global, es difícil llegar a una empresa común, cual es la organización de un congreso de Hospitales.

El Congreso ha sido un éxito en todas sus facetas. Los ochocientos congresistas han representado a todos los estamentos interesados en la gestión del mismo: Médicos, arquitectos, ingenieros, enfermeras, administradores, religiosas, etc.

Las ponencias, todas ellas de gran altura científica, han ido recorriendo la variopinta problemática de la empresa hospitalaria y han puesto de manifiesto el interés general por conocer a fondo todas las facetas de su organización.

Ya en la inauguración, el Ministro de Trabajo nos expuso la prospectiva de la Seguridad Social en los próximos años y su deseo de colaboración con otras entidades para conseguir una mejor asistencia dentro de un marco coordinado y jerarquizado a distintos niveles.

Igualmente la ponencia del Dr. López Muñoz insistió en la importancia de la colaboración ciudadana en la gestión del hospital para conseguir unos servicios asistenciales de acuerdo con las aptitudes y necesidades de los usuarios.

El tema arquitectónico, ya tocado en otras reuniones de menor trascendencia, tuvo en el congreso una gran audiencia, exponiéndose en el mismo las características de cada uno de los distintos tipos de hospital en una asistencia regionalizada.

Otro tema, disperso, pero de gran importancia para el futuro de los hospitales que se construyan en el país es el de la integración de las diferentes unidades especializadas: de pediatría, geriatría, psiquiatría, etc., en el hospital general. Las diferentes ponencias tocaron al mismo tiempo la posibilidad de constituirse en hospitales especializados cuando las características de la zona a asistir lo requieran.

La ingeniería hospitalaria quizás era el tema más virgen para la mayoría de los asistentes, puesto que hasta el presente lo referente a esta especialidad se hacía de forma rudimentaria y solo algunos hospitales construidos con un criterio moderno, llamaban en su ayuda al ingeniero, para formar parte del equipo de planificación y construcción. La ponencia tuvo, a pesar de la dificultad del idioma del ponente, la virtud de revelar la enorme gama de posibilidades de esta colaboración.

Pero el tema que acaparó el interés del congreso fue sin duda alguna el referente a los distintos aspectos del personal de enfermería en el hospital. Ya sea porque la mayor parte de los congresistas pertenecían a este sector, ya porque es un auténtico problema, la organización del departamento de enfermería en un hospital dada la escasez de personal especializado, ya porque nos encontramos en un momento crucial para el reconocimiento de una serie de derechos y para la presentación de una nueva estructuración de los estudios de enfermería, el caso es que todas las ponencias referentes al tema se vieron tan concurridas que difícilmente se cabía en la sala de conferencias.

La magnífica exposición del equipo de profesionales, médicos y de enfermería que preparó las diferentes ponencias, dio una idea de la madurez adquirida y de la

claridad de ideas en esta materia. Todo ello hace presagiar un próximo cambio, tanto en la estructuración de los estudios de enfermería, como en la creación de nuevas carreras técnicas que complementen las existentes y permitan una asistencia moderna y en consonancia con las posibilidades terapéuticas del momento.

Simultáneamente con las tareas del congreso se han ido desarrollando otras sesiones paralelas, de gran interés y que han profundizado en temas concretos en los que estaban interesados numerosos congresistas. Me refiero a la reunión de dietetistas, a la de jefes de compras, a la de los interesados en lavanderías interhospitalarias y, como no, la reunión habitual durante los congresos de hospitales de los técnicos en formación y educación médica, el Seminario de Hospitales con programas de graduados.

Todo ello nos satisface, porque nos da una idea de hasta donde ha calado el interés por la asistencia hospitalaria, y porque ha afectado por igual a profesionales de la medicina y de otras profesiones afines, e incluso ha trascendido a la sociedad que, en definitiva es la que ha de utilizar los hospitales y ha de conocer cual es su verdadero rostro y su trasfondo.

También puede ser un índice de este interés la proyección que va teniendo el Premio periodístico «Desarrollo hospitalario» al que concurren periodistas cada vez más conocedores del tema y que inciden con sagacidad en los temas que más puedan interesar al gran público. Algunos de los trabajos premiados los ofreceremos a los lectores de Labor Hospitalaria en sucesivas ediciones.

Finalmente, la exposición de material y utillaje hospitalario HOSPITALEX-73, ha sido una vez más el complemento necesario para interesar a los congresistas en una necesaria renovación del mismo. La proximidad de los «stands» a las aulas en que se celebraba el congreso ha hecho que los congresistas hayan girado numerosas visitas a los mismos y hayan podido apreciar la vertiginosa carrera tecnológica en todo lo que dice relación con métodos de diagnóstico y tratamiento.

Otros muchos beneficios ha traído consigo el Congreso a Barcelona, que sería prolijo enumerar, pero entre ellos cabe destacar como principal el haber convivido unos días con los amigos de otras ciudades que se han desplazado a nuestra ciudad y nos han permitido gozar de su amistad y de su compañía. La familia hospitalaria, una vez unida por motivos profesionales ha dado también un testimonio de solidaridad y compañerismo aunando sus esfuerzos por conseguir un hospital mejor y una asistencia más humana.

CONSECUENCIAS PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA HOSPITALIZACIÓN

Por M.^a DOLORES MORONDO ROS,
Asistente Social del Hospital de Navarra
y Profesora de Prácticas de la Escuela de Asistentes Sociales
«San Vicente de Paul» de Pamplona.

EL SERVICIO SOCIAL EN GENERAL

El ser humano tiene dos características fundamentales que lo distinguen categóricamente de las demás especies vivientes: el ser humano posee espíritu e intelecto, siente y piensa. Y es en razón de este ejercicio del «pensar», tan relacionado con el «sentir» en su nivel de profundidad, en su dosificación y en su calidad, por lo que el hombre puede enriquecerse en su dimensión como hombre, o puede estancarse o inferiorizarse, que aún es peor, según sean o no sean desarrolladas estas nobles facultades.

A poco que reflexionemos sobre lo dicho, llegaremos a descubrir que cualquier hecho de nuestra vida se transforma en un permanente nacimiento de nuevas ideas y conceptos. Brotan y rebrotan pensamientos nuevos, influidos por la misma dinámica intelectual y por la realidad que nos rodea, de tal modo, que es muy difícil decir que en algún momento hemos llegado al fondo de las cosas. Este mecanismo fertilizante es precisamente el que da vida a los hechos, el que los hace perdurables y aun permanentes. De no ser así la humanidad entera estaría paralizada, dejando los valores espirituales, morales y materiales en un estado de estancamiento que hubiese cortado su desarrollo integral.

Trasladando este criterio al campo específico de los Servicios Sociales observamos que pese a ser este trabajo nuestro, mínimo todavía dentro del acontecer total del mundo y de sus hombres, a medida que profundizamos en su temática general, vamos simultáneamente provocando nuevos interrogantes que esperan respuesta. Cada concepto da lugar a muchos otros, y éstos a su vez, se multiplican y crecen en profusión y hondura tal, que resulta un campo inagotable imposible de abarcar en su totalidad.

Cuando definimos al Servicio Social decimos: que «El Servicio Social constituye un proceso y un método

mediante el cual se trata de lograr el ajuste de los individuos, grupos y comunidades al ámbito total de la sociedad, para alcanzar niveles de vida deseables y relaciones sociales satisfactorias».

Tratamos de que el hombre se sitúe en la vida ayudándole a enfrentarse él mismo con todas sus dificultades y llegue a su plena realización como hombre.

En nuestro trabajo hemos de detenernos a meditar acerca de cómo es cada hombre y cómo es el hombre con el mundo; qué sucede con los valores espirituales más profundos; cómo influye la historia individual y la historia del mundo en la vida humana; cómo se proyecta la humanidad hacia su futuro próximo o remoto. Casi podríamos hablar de un diccionario de interrogantes; pero un diccionario que, sólo contiene respuestas para algunas preguntas.

Sin embargo, si a la A. S. no moviliza una inquietud permanente reforzada por una inquebrantable fe en el hombre y en su destino superior; si nuestro pensamiento no estuviese basado en un reconocimiento de los valores humanos, todo trabajo social carecería de sentido.

En un Centro Sanitario, si queremos que nuestro trabajo sea efectivo cara al enfermo, cara a la Institución a la que pertenecemos y cara a nosotros mismos, hemos de estudiar al hombre «entero», y hemos de empezar por fijarnos en todas sus diferencias, que pueden ser:

DE «SEXO»

La constitución biológica y los condicionamientos sociales son una clara raíz de rasgos diferenciales entre los hombres y las mujeres que a la hora de enfrentarse con una misma dificultad reaccionan de distinta forma.

Al ser la mujer más sensible ante las pequeñas cosas,

le cuesta más adaptarse. Normalmente desconfía, recela de todo, no fiándose de sus compañeras de habitación, etcétera. Le ha tocado vivir en un mundo muy reducido, debido a lo que la sociedad le asignó por el hecho de ser mujer, y como consecuencia no puede tener intereses de tipo intelectual y por lo tanto pocos recursos.

El hombre, sin embargo, se adapta con mayor facilidad, acepta mejor a los otros, no mide las pequeñas cosas que en una vida de ambiente reducido hacen sufrir tanto. El tuvo más ventajas en su preparación para la vida, más preparación cultural, pasar por las pruebas del servicio militar, tener que enfrentarse con el mundo laboral, etc.

Todas estas diferencias le han hecho ser distinto, y por lo tanto reaccionar de distinta forma ante los mismos hechos que se pueden plantear. Se dice que el solitario no está solo si es rico en cultura y vínculos sociales.

Nunca tampoco se puede generalizar, porque aquí juega un papel muy importante la inteligencia y siempre se adaptará mejor a la nueva vida, sea hospitalaria o no, la persona más inteligente, ya que como reza una definición de inteligencia «es la capacidad que tiene el hombre para adaptarse a las situaciones nuevas».

La *formación humana y religiosa* es también muy importante para el enfermo.

LA EDUCACIÓN

Es una lástima que en nuestros tiempos se dé tan poca importancia a las buenas formas, al buen trato con los demás, en una palabra a la buena educación, ya que se pone tan de manifiesto en estas situaciones y son tantas las personas que tienen que gozarla o padecerla. Hay enfermos así como familiares de los mismos, con los que da verdadero gusto tratar y otros que podrían ser iguales, pero que quizá todos tenemos la culpa de que no lo sean.

EDAD DEL ENFERMO

NIÑOS HOSPITALIZADOS

La actuación de las personas que rodean al niño ha de ser seria y delicada. Las personas mayores somos muy dadas a la contemplación de los niños porque nos resulta agradable, son un juguete para nosotros; y si no lo pensamos a veces perdemos el sentido de la medida a la hora de prodigarles cuidados. Hemos de pensar si queremos ayudar al niño qué clase de niño es, si luego a su salida se incorpora a una familia normal, a una institución, si va a ir a una chabola, si la presencia en su casa va a plantear problemas.

En la hospitalización del niño se ha de tener en cuenta:

- La actitud de los padres en el día en que el niño queda hospitalizado.
- Lo que ocurre al primer día de su hospitalización.
- Que exista unidad de criterio en el equipo que se ocupa del niño.
- La A. S. ha de ver si la hospitalización va a ser larga, y según en qué condiciones se encuentre el niño, proporcionarle las enseñanzas adecuadas a su edad.
- Organización de los ratos de ocio.
- Estudiar a su salida su readaptación.

EL JOVEN

Pensemos en una hemiplegia, en un cáncer, en una tuberculosis, enfermedades todas ellas capaces de hundir en el abismo a cualquier persona y de cualquier edad.

¡Cuántas veces oímos a los padres después de haber sufrido un accidente su hijo: Para que mi hijo quede así... o al mismo accidentado. Y si pensamos en un trabajador sólo en la vida o en un estudiante cuyos padres le daban estudios con gran sacrificio y van a quedarse imposibilitados, el problema es terrible.

La readaptación de estos minusválidos a la sociedad es importante y difícil y el Centro Sanitario debe contar con medios para preparar dicha readaptación.

ESTADO CIVIL

Pensemos en la hospitalización de un padre de familia que es el único que lleva sueldo a casa. Si se trata de un trabajador eventual que, como ocurre en muchos casos se da la coincidencia de que había terminado el trabajo o lo tenían en período de prueba, se queda hospitalizado y sin ganar ni siquiera la miseria de la baja por enfermedad.

Es muy difícil también la situación de otras personas que por el cargo que ocupan pueden llevar una vida desahogada, cobran primas, otras ayudas de las Empresas y que si llega la enfermedad y la muerte la esposa se queda con un tanto por ciento de lo que era su sueldo base. Vienen problemas como: hijos que ya no pueden seguir estudiando, necesidad de cambiar de ritmo de vida, todo con la consiguiente problemática.

La enfermedad además si es larga produce otros gastos, de traslado por ejemplo: a veces tiene que estar constantemente al lado del enfermo un miembro de la familia. Y no digamos el problema que surge si se trata de madres con niños pequeños y es necesario el internamiento de los mismos en centros adecuados.

Es importantísimo estudiar también la situación económica del enfermo. Nosotras en nuestro trabajo diario vemos el descanso que tiene este hombre que no sabía ni que tenía un seguro, ni sabía por lo tanto utilizarlo. La Asistente Social ha de orientarle ayudándole a salvar esas situaciones. Hay casos que están claros y que todo

ha de resolverse a través de la Beneficencia. Pero ¿qué ocurre con muchas personas de la clase media?

Si hemos de hacer un estudio completo del enfermo para mejor ayudarlo hemos de estudiar también su procedencia.

EL HOMBRE RURAL

Este al tener que acudir a una institución hospitalaria por primera vez, sufre un gran choque. La burocracia para él es algo aplastante. Sufren él y su familia con este trasplante de su medio en el que todo resulta tan llano y tan fácil, a tener que resolver todos sus asuntos con estas personas que siempre estuvieron fuera de su vida y que siempre él les miró como algo distinto.

LOS INMIGRADOS

Estos necesitan una atención especial, ya que en unos casos están viviendo en el lugar de inmigración con su familia, pero otras veces se encuentran solos y si no encuentran calor y buena acogida en el establecimiento sanitario sufren mucho; así como una Asistente Social que pueda hacer todos sus trámites en la Empresa donde trabaja y en la Patrona en caso de ingreso urgente o de un accidente en día festivo.

EXTRANJEROS

La hospitalización de extranjeros en esta época es frecuente debido al turismo. El trabajo de la Asistente Social yo diría, por nuestra experiencia, es importantísimo, ya que es ella quien debe hacer las gestiones según situación del enfermo, con su familia, patronos, consulados, compañías de seguro particulares, etc. Y se presentan situaciones verdaderamente peregrinas.

Sea quien sea el enfermo, la hospitalización le separa de las personas que él ama. Le aísla realmente. En el caso de la hospitalización le aísla hasta tal punto, que la enfermedad encierra al sujeto enfermo en un mundo aparte en el que tiene la sensación de no amar del mismo modo y de no ser amado como antes.

Eso de no saber comprender, no saber, no ser capaz de prever su futuro, tantas son las fuentes de sufrimiento que contribuyen muy frecuentemente —en gran medida— a dramatizar la situación del enfermo.

Sufre el enfermo por su estado, que no lo conoce bien, cuya duración probable ignora y cuyo resultado es incierto. Las cuestiones que se suele plantear traducen su ansiedad ¿Cree usted que saldré de ésta? ¿me quedará alguna secuela? Su enfermedad se le muestra a menudo como una agresión que tiene que sufrirla en soledad. Entonces el enfermo se abandona a una reflexión solitaria, introspección sin fin, que le deja disminuido, inquieto, impresionable.

El ser que sufre y está enfermo se sabe mortal, y su enfermedad se convierte en señal de alarma, objeto de angustia, camino posible hacia la muerte.

El ser humano sabe con certeza que está «condenado a muerte»; ¿qué diríamos de un ser condenado a muerte por un tribunal y que esperase pasivamente su ejecución durante algunas decenas de años, sabiendo que puede llegarle de un momento a otro?

El enfermo se ve bruscamente colocado ante su posible muerte. El creía en la muerte de los otros. Ahora el enfermo, descubre que también él es mortal. La angustia de la muerte se transforma a su vez en fuente de dolor moral.

El choque sufrido estremece toda la afectividad del sujeto, que al no estar ya como persona «en proyecto» tiene tendencia a regresar, es decir, a volver al pasado, a experimentar de nuevo los afectos y necesidades sentidas ya en su juventud y especialmente en su infancia. Se vuelve impulsivo.

Encontraríamos fácilmente en los análisis de las conductas y actitudes concretas de los enfermos, gran número de rasgos característicos de la infancia. Es decir, todo cuanto la relación de la persona afectada por la enfermedad vive en su entorno está marcado por este hecho fundamental. Los que cuidan —médicos, religiosas, enfermeras, capellán, asistente social, etc.—, sólo pueden entrar en esta relación si comprenden, aceptándolos, todos los factores de regresión.

Ante tanto conflicto interior y exterior de la enfermedad que le da un estado emocional característico aparece la frustración. Todos sabemos que el efecto inmediato de la frustración es la agresividad. Entonces la conducta de este hombre frustrado tiende a desorganizarse, a hacerse agresiva, como no sea que su enfermedad y otras preocupaciones que pueda tener vayan resolviéndose satisfactoriamente.

Los efectos negativos de la frustración son mayores cuanto más fuerte y prolongada sea ésta.

Todo ello nos conviene tener en cuenta a los sanitarios puesto que, a ver qué enfermo no se siente frustrado por muy alto que sea el grado de tolerancia hacia ella. Y así cuando nos vemos ante un enfermo que nos trata mal y que por supuesto tenemos motivos para quejarnos de él, hemos de reflexionar y comprender su postura.

EL PROBLEMA DEL ANCIANO

Todo anciano merece atención especial. Psicológicamente sabemos que se parecen a los niños. Cuando su hospitalización es larga, ¿no vemos más de una vez que llora por la cosa más nimia? Tienen sus envidiejas, creen que la hermana o la enfermera trata mejor a los demás enfermos, si ha de servir un régimen de comidas ellos creen que hay distinciones, etc., cosas que creo las entendemos muy bien todos.

Digno de destacar es el problema tan grande en nuestros días del rechazo del anciano por parte de su familia. Es lamentable ver cómo en la mayoría de los casos al ingresar a un anciano porque ha sufrido una

recaída, o simplemente porque está aquejado por cualquier síntoma de enfermedad, la familia, y más triste los hijos, quieren desentenderse de él. El problema se agudiza cuando el ingreso ha sido por una caída o que como consecuencia de la enfermedad que le aqueja el anciano va a quedarse imposibilitado para valerse por sí mismo. Es muy triste ver cómo los familiares de ese anciano acuden a la Asistente Social para que ésta sea la que dé una solución a tan grave problema. La primera tarea de la asistente social en este caso es concienciar a la familia de su obligación, pero pocas veces se logra, porque cuando algo estorba, no se quiere entender nada.

Como he dicho antes el problema es grande y por eso insisto en ello. Se oye que faltan asilos, hospitales de incurables, hospitales geriátricos, hospitales de día, y realmente tenemos necesidad de ello. El ritmo de vida ha cambiado, se emigra del campo a la ciudad y los pisos en ella son pequeños. Pero me pregunto, ¿por qué en esos pisos el que no cabe es siempre el anciano? ¿por qué a veces vemos en los hospitales que solapadamente los familiares de ancianos llevan algún notario, pero al mismo tiempo vemos cómo buscan y consiguen recomendaciones para que esos ancianos sigan hospitalizados? ¿Por qué a veces está tiempo y tiempo un anciano incapacitado físicamente y sin que su familia quiera saber de él, hasta que se consigue que empiece a cobrar la pensión de esa incapacidad, y ves cómo entonces la familia lo lleva porque su paga les viene muy bien para pagar las mensualidades de ese piso que acaban de comprar?; ¿por qué vemos a hijos de ancianos que para ellos es un deshonor llevar a sus padres al asilo, pero buscan influencia para que se queden en los hospitales porque todavía se sienten rebajados si los asilan y creen se justifican ante los otros diciendo que está enfermo y por eso sigue en el hospital? ¿y por qué se nos da el triste caso de querer llevarlos a un hospital psiquiátrico a su salida del hospital?; por la misma razón que la anterior. La cosa es quedar ellos justificados ante los demás y sin el estorbo.

A la vista de todo esto, ¿qué es lo que más necesita nuestra sociedad? ¿Asilos o educación familiar?

Educación por supuesto. Es necesario tener presente que el adelanto y bienestar que se disfruta, se debe en parte al esfuerzo, al trabajo y al ahorro de los ancianos de hoy.

La sociedad tiene para los ancianos obligaciones, no sólo de tipo moral, sino también de orden material.

Obligación de todos es cambiar la actitud ante los ancianos y proporcionarles el mayor bienestar posible.

CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El enfermo que acude al hospital aguza su espíritu de observación y rápidamente, a poco capaz que sea, percibe su organización o su desorganización.

Tanto el enfermo como su familia necesitan una buena acogida de la institución hospitalaria. Que el personal que le reciba sea capaz de hacerle sentirse como lo más importante del Centro en aquellos momentos y que cuando él llegue al servicio médico, todo esté en condiciones para atenderle.

Al llegar el enfermo al hospital, va con una gran preocupación, aparte de su enfermedad, la mayoría de las veces, y son los gastos que puede producirle su hospitalización. Si el Servicio de Admisión está bien organizado, debe existir en él una asistente social bien preparada que sea capaz de informar al enfermo acerca de su situación (qué seguros tiene, si le sirven para su hospitalización, si no los tiene, por qué no hace uso de ellos, si no lo tiene ni cuenta con medios, para que ingrese tranquilo porque la beneficencia se hará cargo etcétera).

Quiero hacer notar aquí la misión a cumplir por la asistente social que es de orientación y ayuda y *no de gestión*, salvo en aquellos casos en que el enfermo está impedido o no tiene familia que lo haga.

La tarea de la asistente social aquí, y en todos los casos, es de «educar» y no de ser la gestora o la señorita a la que le gusta hacer favores a la vez que crea lazos de sumisión o dependencia en las personas a las que se les hace «eso» que no puedo llamar ayuda.

Una vez el enfermo en el servicio médico, si ese enfermo además de ser bien atendido por el personal, recibe las explicaciones convenientes respecto a las pruebas que le han de hacer, al tiempo que necesita estar en observación y más adelante a su diagnóstico, etc., tanto a él como a su familia esto le produce una tranquilidad y una confianza en el Centro muy beneficiosa para soportar su estado de enfermedad y eso repercute en su buena disposición para aceptar cuanto el médico ordene.

La disponibilidad de los médicos, religiosas, enfermeras, capellanes, asistentes sociales, etc., es algo que se capta rápidamente, produciéndole tranquilidad o desesperación.

Hemos de darnos cuenta de que el enfermo es un ser inactivo y que su imaginación ante la quietud física se acelera, siendo capaz de profundizar ante todos los «porqués» que se le presentan.

FUNCIÓN QUE DEBEN CUMPLIR LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS PARA PALIAR O EVITAR LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA

Desde el punto de vista psicológico lo más importante es que no sólo esté instalado el Hospital con todos los adelantos científicos, sino que el personal, esto sobre todo, esté en línea y pueda responder a todas las necesidades actuales.

Muy importante que exista el Departamento de Psicología Clínica. Son muchos los enfermos que pasan

por un servicio de medicina general y que los trastornos que sufren de tipo orgánico, no son otra cosa sino fruto de desajustes psíquicos, como anorexia nerviosa debido a problema familiar, etc.

Como también necesitarían tratamiento de este tipo el número de ingresados, cada vez mayor, que su ingreso se debe a haber ingerido un tubo de pastillas, a algunos cortes de vena, a aquellos enfermos que continuamente amenazan con suicidios, etc.

Como asistente social, y ya con cierta experiencia, creo es muy importante la existencia de este Servicio en un centro sanitario.

También importantísimo que las profesionales de la asistencia social tengan una buena preparación. No están en lo cierto aquellas personas que opinan que el trabajo de la asistente social lo puede realizar cualquier persona con buena voluntad; para realizarlo hace falta una preparación adecuada, interés por el trabajo y por su continuo enriquecimiento, y también, desde luego, personas que sean capaces de entender la profesión y de colaborar con ella.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Por el que el enfermo se recupere físicamente al máximo según sus posibilidades a través de los ejercicios físicos. Y al mismo tiempo su personal preparado le ayude a aceptar su nueva situación.

La rehabilitación puede definirse como el progreso de la dependencia del enfermo a su independencia.

Recuperando al enfermo se procura parcial o totalmente la independencia para incorporarse de nuevo a su medio.

TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es una parte de la rehabilitación que la define Rusk como «cualquier actividad mental o física, médicamente prescrita y profesionalmente guiada, para ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad o de los traumatismos».

Constituye, pues, la parte de la rehabilitación que procura la mejoría del paciente mediante la ocupación y el recreo y tratando al individuo más en su conjunto que a la porción enferma, cosa más propia de la rehabilitación.

La terapia ocupacional puede ser muy diversa, desde juegos de cartas hasta trabajos manuales de artesanía, empaquetado, trabajos de imprenta, carpintería, etc., todos con el fin de concretar la rehabilitación y por tanto dirigidos por el terapeuta ocupacional.

Labor del Departamento de Asistencia Social es también procurar la mejor reinserción del enfermo en la sociedad procurándole según sus capacidades residuales un puesto de trabajo adecuado, ya que en muchas oca-

siones el enfermo no se encuentra en condiciones de volver a su trabajo anterior.

La colocación profesional del minusválido supone su reinserción social mediante su contratación en una actividad profesional remunerada, competitiva y en plano de igualdad con el trabajador sano y normal. Esta colocación final (que no es fácil en nuestra sociedad actual) debe ser el objeto final de todo proceso rehabilitador.

Es muy importante la colocación profesional del minusválido: Deriva de la importancia y trascendencia que el trabajo tiene en nuestra moderna civilización. El trabajo permite al hombre su autoafirmación personal y el sentimiento de utilidad como persona.

Como actividad creadora prolonga la personalidad del trabajador. Es fuente de íntimas satisfacciones personales.

Según Rusk (1966), si no hacemos algo para introducir en nuestra economía al inválido, al enfermo crónico y al anciano, todo trabajador apto cargará sobre sus espaldas en 1980 con un inválido, un enfermo y un anciano.

La colocación profesional de los minusválidos rebasa ampliamente el marco de lo individual, y constituye un problema social de la Comunidad. Toda Comunidad es responsable y sufre las consecuencias de la invalidez.

Es muy importante que nos informemos a este respecto. Sin información no puede existir interés. Cuando hay un interés la información se alumbrará. El interés es el motor que pone en marcha los recursos de la comunidad para la solución del problema. La falta de interés e información de la comunidad es el principal escollo de tipo general que obstaculiza la colocación profesional del minusválido.

Aparte de la rehabilitación del enfermo a través de la terapia ocupacional, la asistente social por medio de las Técnicas de Grupo puede llevar a cabo una estu-
penda labor terapéutica con todos aquellos enfermos de larga permanencia que se encuentren en condiciones de realizar cierta actividad.

QUÉ ES EL SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

«El Servicio Social de Grupo es un método por el que los individuos que lo forman son ayudados por un asistente social que guía su interacción con actividades programadas, a fin de que se puedan tener relaciones con otras personas y experimentar la oportunidad de desarrollarse de acuerdo a sus necesidades y con el fin de conseguir la promoción del individuo, del grupo y de la comunidad.»

EL ASISTENTE SOCIAL DE GRUPO DEBE CONOCER:

- a la persona como individuo.
- al grupo.

- el campo del Servicio Social de Grupo.
- la sociedad en que se desenvuelve.
- conocerse a sí mismo.
- la organización de la entidad en que va a trabajar.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL DE GRUPO:

- ayudar al individuo dentro del grupo y a responsabilizarse.
- favorecer el desarrollo del individuo.
- prevenir las desadaptaciones de los miembros del grupo.
- proporcionar experiencias satisfactorias.
- ayudar a descubrir medios, estimular actividades.

ES INDISPENSABLE PARA QUE ESTE TRABAJO SEA EFICAZ:

La programación, Asiduidad, Interacción, Participación, Consecución de objetivos, Evaluación, o Autoevaluación, y disolución del grupo cuando proceda.

A través del Trabajo Social de Grupo se ha de conseguir que cada uno de los enfermos tenga una mayor capacidad para sostener relaciones positivas con las otras personas con las cuales se convive y si se llega a conseguir esto, es conseguir bastante.

Antes de iniciar la tarea grupal, los mismos enfermos orientados por la asistente social han de ser quienes fijen los objetivos del Grupo y que han de procurar sean aquellos que les puedan proporcionar distracción y relax.

PUEDEN SER ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- juegos.
- campeonatos.
- excursiones.
- conciertos de discos.
- forums de libros.
- teatro, etc.

ACTIVIDADES CULTURALES:

- organización de biblioteca.
- clases de cultura general.
- idiomas, música, etc.

FORMATIVAS:

- temas de actualidad.
- temas religiosos.
- deportes.
- temas laborales.
- convivencia.
- modas, etc.

El hecho de que sean grupos de enfermos provoca matices totalmente distintos a los que se pueden presentar en cualquier otro grupo. Además la evolución misma de la enfermedad tan diferente en los distintos casos, da al grupo en su integridad total, una variabilidad constante y notoria.

También el régimen de vida hospitalaria que obliga a un proceso difícil de adaptación y ambientación provocando distintos tipos de respuestas en sus conductas.

Por ello el tipo de actividad ha de ser muy sencillo y según objetivos fijados por ellos mismos. Estudiando y programando por la asistente social y según actividades que ellos elijan y procurando también su participación a la hora de confeccionar los programas de actividades.

La asistente social pensando en la madurez personal del enfermo, ha de motivar a los miembros del grupo para que se acostumbren a evaluar la tarea, dándoles apoyo y seguridad, para que se acostumbren a hacer críticas sobre sus realizaciones sin sentir las como destructivas.

El papel de la asistente social será el de asegurarles más a la hora de emitir juicios, modificar actitudes, etc.

Y todo esto le ayuda mucho en su dura vida y difícil convivencia. Se sienten más compañeros, se da entre ellos lealtad, más comprensión, y estos valores ejercen bastante influencia en el comportamiento de los miembros que han ido asimilando de forma progresiva según sus capacidades.

Mientras nuestros hospitales no piensen en el enfermo como *hombre entero* a la hora de aplicar el tratamiento, no será completa su labor.

PASTORAL DE AMBIENTES SANITARIOS

Por el padre MARIO ALBERTON, M. I.

PRESENTACION

Del 27 de agosto al 2 de septiembre del pasado año los padres camilos celebraron en París una semana de formación pastoral de Ambientes Sanitarios. Fue dirigida por los padres Carlos Zanetti y Mario Alberton, ambos capellanes y animadores de Pastoral en Canadá y profesores en Laval; la semana congregó a 24 religiosos de varias nacionalidades. La parte teológico-doctrinal, a cargo del padre Mario, ha sido resumida por él en el presente trabajo, síntesis de la docena de conferencias dadas a lo largo de la semana.

ORIENTACIONES

¿Existe una Pastoral válida de ambientes sanitarios?

¿Nuestra comunidad tiene un proyecto pastoral verdadero, insertado en el dinamismo de un pueblo en marcha y dentro de un mundo en evolución? Cuando hablamos de Pastoral pensamos, por asociación de ideas, en un plan pastoral, en programas, encuentros, y de este modo confundimos la Pastoral con sus objetivos.

Hacer Pastoral, yo lo situó más bien en el desarrollo de la potencia de aceptar al otro y de amarlo. El otro es el enfermo, el personal sanitario, el ambiente de salud. Explotar el bagaje de amor que Cristo muerto y resucitado ha depositado en nuestro ser en el bautismo y en el momento de nuestra consagración religiosa y sacerdotal. Ahí está el fundamento. El amor es creador por definición, y siempre es nuevo, engrandecedor y transformador. Hacer pastoral no está, pues, al alcance de todos; depende del nivel de madurez, de la capacidad de amar.

EL CAMBIO

Todos tenemos la impresión de que a nuestro alrededor el mundo se mueve más de prisa: Reina un sentimiento de malestar general. Es la corriente impetuosa del cambio: Es tan poderosa que trastorna nuestras instituciones, conmueve nuestros valores y ataca a nuestras mismas raíces.

«Para sobrevivir, para escapar a lo que hemos llamado el choque del futuro, la persona debe hacerse inmensamente más flexible y competente que otrora. Debe estar al acecho de una forma de *coloración* completamente nueva, ya que todas las viejas raíces —religión,

patria, comunidad, familia o profesión— tiemblan actualmente ante el huracán de esta tendencia general a la aceleración» (Alvin Toffler, *El choque del futuro*, pág. 46).

Ya al iniciar esta semana, es necesario decir que no habrá que claudicar ante el imperativo de una reorientación radical de la Pastoral de ambientes sanitarios. Y esto dentro del mayor respeto a la Iglesia que sigue siendo el principal vehículo de la acción del Espíritu en el mundo. Creo incluso que nos va en ello la fidelidad a nuestros predecesores (a nuestro fundador), quienes, a pesar de sus errores, asumieron valientemente el desafío de aportar a la comunidad hospitalaria la comunión de la caridad y de la eucaristía. La Iglesia en el hospital ya no será una potencia; ya no dicta la ley moral; ya no se valdrá de privilegios. Pero tampoco deberá retirarse, ausentándose de los problemas del mundo de la salud, o reduciendo todo al ámbito de la conciencia. Más allá del estallido actual, el capellán y los cristianos deben aprender a situarse de manera más evangélica, más libre y más creadora, en el corazón del *juego* más crucial de nuestro mundo hospitalario y de nuestra sociedad. Las reformas estructurales vienen en segunda instancia, en función de esta primera evangelización que enlaza conversión a Jesucristo y compromiso profano, construcción del reino evangélico y edificación de una sociedad nueva. Nuestra fe en la resurrección resuena en nuestra convicción de que el Espíritu, con nuestra colaboración, puede hacer surgir una nueva tierra en un mundo tentado por el solo éxito técnico y médico, pero tentado también de claudicar, de envejecer pasivamente. Nosotros nos resistimos a separar el porvenir de los cristianos del porvenir de los hombres en los ambientes sanitarios.

EL CAMBIO DE LA IGLESIA

Para muchos cristianos la Iglesia es una comunidad que ya no se encuentra. Para muchos otros, está construyendo en el momento presente un proyecto real y verdaderamente evangélico. Llamada a echar una nueva mirada sobre su historia se encuentra ante unos desafíos a subrayar; ya que está pasando:

- de una iglesia-institución a una iglesia pueblo de Dios,
- de una iglesia establecida a una iglesia arraigada en el acontecimiento,
- de una primacía del sacerdote a una prioridad del seglar y de sus tareas.
- de una conducta basada en los comportamientos a una conducta basada en valores.

De este modo el cristiano se encuentra ante su compromiso de fe.

EL CAMBIO Y LA PASTORAL HOSPITALARIA

¿Qué tiene que ver todo esto con el Reino de Dios? El Dios de la vida está interesado por la vida del mundo. Miro a la vida y busco a Dios: Ahí está una actitud teologal: hay que ser apóstoles y testigos del Señor en un mundo que se está construyendo, en el seno mismo de la evolución. No prestar atención a estos cambios radicales, a estos *signos de los tiempos* que son signos de Dios, equivaldría a situarse fuera del plan de salvación. Ahora bien, es sobre todo en el hospital, esa encrucijada de la humanidad moderna, donde se hacen sentir los efectos del cambio de una manera a la vez cruel y llena de esperanza, sobre el hombre de carne y sangre.

EL CAPELLÁN EN ESTE MUNDO QUE CAMBIA

Nosotros, sacerdotes del siglo xx, llegamos a preguntarnos: ¿Cuál es, pues, mi misión dentro de la Iglesia en esta época mía? Esta cuestión compromete todo nuestro futuro y nuestra capacidad de identificarnos en el futuro con nuestro rol. Vivimos todavía como unos hombres modernos en el amanecer de una edad posmoderna. Nosotros, que trabajamos en el hospital, estamos invitados a vivir en comunión con todo lo que se está preparando como revolución en el interior del hospital.

Dentro y fuera del hospital hemos encerrado al hombre dentro de la estructura, hemos estudiado las necesidades esenciales y hemos colmado sus deseos. Hemos reducido al hombre a un sujeto de consumo. Ahora bien, el hombre no es solamente un hombre de necesidades, sino también un ser de deseo y de esperanza.

Se ha hecho de la Pastoral de ambientes de salud una

pastoral de sacramentos: un hecho de sacramentos, un lugar de seguridad. A ese nivel tenemos una pastoral del tipo de la sociedad americana: nuestra pastoral es una pastoral del tener, de respuesta a necesidades. Un sacerdote, por ejemplo, pasa el 80 % de su tiempo respondiendo a necesidades. Es una religión de consumo, mientras que la religión del deseo es la religión de la dicha, de la alegría de estar con. De habitar.

Habitar, en el orden de la necesidad, es tener una casa.

Habitar, en el orden del deseo, es tener a alguien consigo.

Pastoral, en el plano de la necesidad, es tener 300 comuniones, 10 reuniones.

Pastoral, en el plano del deseo, es conducir a los hombres a la vida, al amor.

ACTITUD DEL CAPELLÁN ANTE EL CAMBIO

Decir que una nueva edad ha comenzado para el hospital de hoy es un lugar común. A esta afirmación puede responderse de 3 maneras:

a) *Rechazo categórico del cambio*; se manifiesta de esta manera:

— Se bloquea una realidad inoportuna: De hecho las cosas son siempre parecidas, el cambio es superficial, nada nuevo bajo el sol.

— La especialización: El que se especializa no rechaza toda la novedad; intenta seguir el ritmo, pero en un determinado sector. Corre el riesgo de levantarse un día por la mañana y encontrar el mundo cambiado.

— Obsesión por el retorno a hábitos de adaptación otrora útiles, vuelta al orden, a la disciplina.

b) *Aceptación del cambio*, pero sin adhesión profunda y personal:

— Se escuchan las advertencias, se constatan los cambios, pero se continúa viviendo como si nada hubiera cambiado. Cosa ilógica, pero muy extendida. En el hospital se han cambiado tantas cosas, suprimido, pero todo ha parado ahí, no se ha creado nada nuevo.

c) *Una reacción de adaptación* que se expresa de este modo: ¿Cuál es mi misión en el hospital de hoy? Llegar a ser hombre de fe en ese ambiente, vivir y llevar a Cristo muerto y resucitado; en suma, ser *liberador y salvador* tanto del hombre como del ambiente.¹

¹ «La nouvelle image de l'Eglise», Varios Autores, Mame. F. Turquet: «Orientation de la Pastorale hospitalière aujourd'hui», en *Médecine de l'homme*, 22, (1970) págs. 10-15.

C. Baker: «Le Christ dans les hôpitaux (une pastorale des milieux hospitaliers)», En *Infor. Cath.*, mayo 1971, págs. 24-31.

A. Toffler: «Le choc du futur», Denoël, Paris, 1971.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PASTORAL HOSPITALARIA

Pastoral: de la palabra *pastor*; éste según la tradición bíblica y toda la tradición cristiana, es aquel que hace pastar, que conduce a los pastos, pero también aquel que se cuida de algo, que toma a su cargo, aquel que guarda, pero que guarda juntos, que presta atención a cada una de sus ovejas.

Pastoral: Esfuerzo que el pueblo de Dios hace en un tiempo dado y en un lugar determinado para responder al designio que el Padre tiene sobre su pueblo, designio de amor y de salvación en Cristo muerto y resucitado, guiado por su Espíritu.

a) *El hospital hoy*: Una realidad nueva, desde el punto de vista:

— social:

- Encrucijada de la nación, radiografía perfecta de la sociedad (importante bajo el aspecto del ecumenismo).

— administrativo.

— humano.

— médico.

— religioso:

- De casa de la muerte ha pasado a ser lugar de la salud y de la esperanza;
- el personal religioso ha sido sustituido por personal seglar y religiosamente indiferente;
- del hospital convento se ha pasado al hospital-fábrica.

Consecuencias:

— el enfermo es un número;

— el personal cada vez está menos comprometido;

— las religiosas ven cortada su influencia en el ambiente hospitalario que se busca.

b) *Pastoral en el hospital de hoy*: El lugar de los sacramentos tiende a ser lugar del encuentro y del diálogo.

En vez de lugar muy sagrado (falso concepto del sufrimiento considerado como beneficioso), una actitud adulta ante el sufrimiento: lucha por la salud y la vida.

De la presencia de una Iglesia fervorosa y creyente se pasa a una Iglesia de diáspora; en búsqueda, vacilante.

De la comunidad guiada por un sacerdote en retiro (un ser aparte y tomado en consideración a causa de su edad), hacia una comunidad guiada por un sacerdote que elige servir a los enfermos y que desea ser competente y abierto, capaz de ser un agente de unión entre comunidad hospitalaria e iglesia local.

c) *Religiosas hospitalarias y Pastoral*: En otro tiempo la religiosa tenía una *misión* dentro del hospital: Vivía intensamente su vida religiosa y podía hacérselo

sentir a los enfermos que ella preparaba para recibir los sacramentos, para el culto, para la muerte, pero estaba desgajada de todo el pueblo de Dios; hay que caminar, pues, hacia una nueva inserción, hacia una nueva forma de apostolado, como continuación de la misión misma.

d) *Los seglares y la Pastoral hospitalaria*: El Vaticano II ha descubierto al seglar, pero en el hospital ¿no son considerados todavía como personas sospechosas, como individuos indisponibles? (se cree que están demasiado atados por sus ocupaciones). ¿Pero se ha hecho un esfuerzo real por integrarlos en la vida cristiana del hospital?. El hospital está en manos de seglares, cristianos o no; toca, pues, a esos cristianos trabajar en él desde dentro para orientar, vivificar y guiar a la comunidad cristiana que se desea al servicio de los enfermos.

Razones de esta toma de conciencia:

— Trabajar en profundidad para llevar al enfermo a una postura de responsabilidad ante Dios y ante sí mismo, siempre dentro del mayor respeto a la libertad y a la gracia personal, mirando los valores concretos de su vida y su marcha humana y cristiana;

— conducir al enfermo a una reacción personal (y cristiana, si es posible) frente al problema de la vida, del sufrimiento, y de la muerte;

— transformación progresiva y constante del ambiente hospitalario a fin de que llegue a ser realmente una comunidad de vida al servicio constante y personal del enfermo.

TAREAS A LOGRAR EN PASTORAL HOSPITALARIA

1. *Dar de nuevo el hospital a los enfermos*: ¿El enfermo se encuentra todavía *en su casa* en el hospital? Las mejoras conseguidas por la administración del hospital ¿son para bien del enfermo o del personal, para éxito del hombre o para éxito técnico?

— reencontrar el sentido del hombre, sujeto, y no objeto, de cuidados;

— sentido de la libertad del hombre: Se le impone todo;

— promover la participación en los cuidados al enfermo;

— respeto a lo que el enfermo está en trance de vivir (por ejemplo no está preparado para ser operado, para recibir un determinado tratamiento);

— redescubrir la idea del *Hôtel-Dieu*, lugar donde el enfermo era *amo* y *señor*: cima y fin último del Hospital.

2. *Dar de nuevo al personal hospitalario el sentido del servicio al hombre*: La relación entre personal hospitalario e institución ha cambiado radicalmente en

estos últimos años. Estaba fundada en la permanencia, fidelidad y lealtad del personal:

- la permanencia: hoy cambio continuo;
- la fidelidad a la institución es reemplazada por la fidelidad a la profesión;
- la lealtad: se convierte en competencia, unos servicios a vender; y si la institución no se adapta se busca en otra parte.

La noción de prójimo también ha cambiado: En un ambiente rural o arcaico como era nuestra sociedad hace 20 años, todo hombre era nuestro prójimo, se establecía con él unas relaciones estrechas. En la ciudad es mi prójimo no mi vecino de vivienda, sino aquél que yo elija. Esto desdibuja fuertemente las relaciones humanas en el hospital, ya que el personal no está propenso de golpe a tomar a su cargo al enfermo: No ha escogido a su interlocutor. Por otra parte, tampoco el enfermo está interesado por hacer de cada trabajador hospitalario su prójimo.

- No se trabaja en la fábrica; el material de trabajo es el hombre;
- el enfermo nos cuestiona continuamente (he ahí por qué se claudica frente al compromiso del diálogo);
- sentido del *ocuparse del otro*: saber perder su tiempo con el enfermo;
- nosotros podemos ser la persona que salve al enfermo (Jesús en la piscina de Betsaida fue la *persona* para aquel enfermo que esperó 38 años).
- dar al personal la posibilidad de reflexión sobre la muerte y el sufrimiento, hacia una integración de valores.

3. *Humanización del hospital*: Dificultades: Falta de acogida; falta de orden en las atenciones, falta de responsabilidad personal; papel ambiguo del médico y del especialista; tecnicismo creciente en los cuidados.

El hospital se habrá humanizado cuando el enfermo se sienta tratado como hombre total, libre, responsable y consciente. La humanización se hace desde el *interior*, partiendo de las personas a quienes atañe. *Humanizar* es responder a las necesidades del hombre.

4. *Formar una comunidad cristiana en el hospital*: El sacerdote animador de la comunidad cristiana en el hospital siempre ha querido llegar y alcanzar a todos (la pastoral del tener): Para los enfermos, hacía todos los días el *recorrido* para ver a todos; para el personal, grandes ceremonias. Cada vez se hace más necesario ser selectivo en relación con los enfermos (la permanencia de éstos es cada vez más corta) así como en relación al personal. Todo esto no con la finalidad de ser más eficaces (esta palabra no debe existir en pastoral) sino para hacer un trabajo verdadero, profundo.

La comunidad cristiana es, ante todo, una comunidad de fe. Está edificada sobre la experiencia religiosa personal que el creyente ha tenido con Cristo; y esta experiencia desea compartirla con los hermanos.

La comunidad creyente que se cuida de los enfermos desea encarnar en lo inmediato el mensaje de misericordia y servicio que está en el corazón mismo de la Buena Nueva: Se convierte en instrumento de la gracia en la situación humana presente. Se podría decir que Dios ama ese mundo hospitalario con el corazón de la comunidad que trabaja en él. Esta Iglesia se convierte así en Iglesia de Encarnación y de Pascua. Encarnación: Dios que desciende, que se sitúa a nuestro nivel, que se junta al hombre allí donde está, que crea vínculos. Pascua: Dios vencedor del sufrimiento y de la muerte, que conduce al hombre a la esperanza.

Para los cristianos, es necesario, pues, hablar primero de una pastoral de *dentro* antes de hablar de una pastoral de *fuera*; es decir, de una densidad espiritual interior.

La comunidad cristiana en el hospital es enviada por la Iglesia para reanimar, reabrir, sostener, desarrollar, hacer crecer el carisma del servicio a los enfermos; de ese modo desea testimoniar en el ambiente hospitalario la grandeza, altura, anchura y profundidad del amor misericordioso del Verbo hecho carne. Tiene un papel dinámico a desempeñar en el interior del pueblo de Dios y de la Iglesia local; un papel profético, diría yo.

El pastor (el capellán) es su animador, el que congrega, el que lleva no sólo el pan de la palabra y de la caridad, sino el que sabe, junto a los enfermos y a sus amigos trabajadores y sanitarios, ser un agente de liberación del hombre: Liberación de miedos y de angustias, como también del anonimato, de las situaciones límite que la vida moderna presenta. Aparece como un catalizador, atento a suscitar entre los cristianos de buena voluntad encuentros y diálogo.

- Una vida religiosa bella no es una vida irreprochable, sino una vida sin miedo, confiada, audaz con la sola fuerza de Cristo.
- Una vida religiosa hermosa no es la que nunca es vencida, la que nunca es contestada. Es la que se compromete por entero.
- Una vida religiosa eficaz no es aquella contra la cual nada se puede decir, sino aquella que dice algo a los hombres de su tiempo. No es aquella que tiene vacíos, sino aquella que tiene *plenos*;
- está inscrita en la historia santa de Dios y de los hombres, no porque es victoriosa, sino porque se bate, lucha, emigra, va al país que Dios le muestra; porque tiene fe;
- una vida religiosa auténtica no es la que reivindica su independencia, sino aquella que se realiza en términos de amor y de misterio.²

² M. Alberton: «Solitude et Présence. Rencontre du malade»; págs. 38-62.

G. Van Haegenborgh: «L'hôpital catholique dans la pastorale diocésaine», En L'hôpital Catholique; sept. 1970, págs. 4-6.

S. Bastian: «Le visiteur des malades, lien entre le malade et la communauté chrétienne», en Caritas; marzo-abril 1969, págs. 93 ss.

ACTITUD PASTORAL FRENTE AL ENFERMO

1. *Mirando a los que sufren*: En nuestro ambiente de trabajo encontramos a enfermos.

¿Qué sucede dentro de su espíritu? Nos hemos planteado esta cuestión y con frecuencia nos hemos dado respuestas. «Hay hombres que saben todo, que penetran incluso los más secretos pensamientos y tus designios, y que salen muy limpiamente del apuro. Ellos explican y me demuestran que debe ser así, y que así todo será para bien. Pero no me gustan esos que lo explican todo, que se justifican, y que encuentran escapatoria a todo lo que haces. Yo prefiero confesar que no comprendo.» (Peter Lippert.)

— Cuatro categorías de enfermos:

- *los masoquistas*: Están contentos de sufrir; agrada a Dios.
- *los fatalistas*: No se plantean cuestiones pues está escrito.
- *los distraídos*: Nunca piensan en nada (son unos inquietos).
- *los sensibles*: Vibran ante todos los problemas de la vida; ante el sufrimiento son, pues, capaces de situarse como adultos.

— La respuesta religiosa que el enfermo da con frecuencia a su sufrimiento ¿es siempre cristiana o simplemente el fruto de una cultura, de una tradición, del pietismo, de la angustia frente a la muerte? ¿No es la religión con demasiada frecuencia una máscara para esconder una incapacidad humana de situarse ante una situación difícil?

2. *El hombre ante el sufrimiento*: El sufrimiento introduce una ruptura en el interior del ser, una división, un desequilibrio en la persona.

Esta crisis del ser humano ante el sufrimiento, yo la veo del siguiente modo:

— Crisis de comunicación consigo mismo: El hombre tiene la impresión de que ya no se posee más, que su cuerpo se le opone (ejemplo el cardíaco).

— Crisis de comunicación con los demás: El otro se convierte en indiferente, o se le cree indiferente, insensible, (el enfermo debe reestructurar todas sus relaciones humanas; ejemplo un accidentado).

— Crisis de comunicación con el mundo: El mundo se convierte en puro espectáculo, el enfermo se hace indiferente a la construcción del mundo (el problema de los disminuidos físicos, de los ancianos).

— Crisis de comunicación con la comunidad eclesial local: El enfermo se ve con frecuencia cortado de toda la vida espiritual de la parroquia.

— Crisis de la comunicación con Dios: Dios es percibido con fuerza adversa, o como el Destino.

Entonces, he ahí la cuestión: ¿Qué orientación debe tener mi servicio pastoral hacia este ser en crisis? ¿Qué valor dar a mi palabra y a la Palabra, y qué Palabra anunciar? ¿Los gestos los signos, los encuentros, los sacramentos, qué sentido tienen? ¿Cuándo serán los sacramentos unos *signos* de reunificación para el enfermo?

A esas transformaciones profundas del ser mismo le acompaña lo que la siquiatria llama el *miedo total*: El miedo a la muerte. Sin embargo este miedo total puede ser desgajado en reacciones emotivas distintas como desaparecer:

- desaparecer físicamente,
- desaparecer afectivamente,
- desaparecer socialmente.

3. *El Capellán y el enfermo*: No ver solamente almas: Con frecuencia se trata a los enfermos como se trata a un *beodo* (ya basta. Ya tienes bastante. El buen Dios no te olvida. Todo pasará). La religión es un refugio tanto para el enfermo como para el sacerdote, ya que actualmente no necesita de Dios sino de un hombre que es sacerdote y que pueda escucharlo.

— No ver solamente la enfermedad: Un cáncer, un riñón. Se conoce muy bien la psicología diferencial de los enfermos y se les aplica. Se pasa de largo del misterio de la vida del enfermo y de lo que él espera de nosotros.

— No trivializar la enfermedad del otro con respuestas estereotipadas: Examinando una jornada de nuestro trabajo nos encontramos con *lugares comunes*, con frases hechas que aplicamos a todos los casos.

— El enfermo es para nosotros algo sagrado: *Nuestra fe*.

Esta orientación es fuente de respeto, de la atención calurosa, de un amor verdadero. Cultivar el amor del hombre para llegar a captar la grandeza del hijo de Dios que está delante de nosotros.

Ir al enfermo con un corazón de *pobre*, de quien sabe recibir, que no juega un papel, sino que sabe situarse ante el otro con toda su *densidad* personal e interior.

El hombre de nuestros hospitales exige tener ante sí un interlocutor válido y no un hombre que se oculta detrás de una función, un papel, una adquisición; sino que es capaz de hablar como ser libre, que está en actitud de búsqueda como los hombres de nuestro tiempo; de hecho el hombre vale más por lo que es que por lo que tiene.

El capellán debe, pues, conocerse y asumir su pobreza, la incomodidad, la timidez, la inseguridad, la hesitación, la angustia, la falta de competencia específica y también el fracaso en el encuentro con el otro.

4. *La actitud de Cristo ante los enfermos*: Se emociona, (sentimiento muy profundo) llama, toma de la mano, sale de la muchedumbre, pregunta, habla, toca, ve, se para, impone las manos, cura. Todos esos pasajes

nos muestran una misma realidad: La atención maravillosa de Cristo a cada enfermo tomado en su individualidad.

No hay recetas. Cada vez que las circunstancias de la vida nos pongan frente a un ser doliente, nos será necesario inventar una actitud, un comportamiento personal lo más adaptado posible a la situación. Hay que saber hacer un esfuerzo para responder a lo que el enfermo espera de nosotros y tener el deseo de estar plenamente disponible a su espera.

«Muchos son los que me consuelan; ¿dónde está el que me comprende?»³

CRISTO-SIERVO Y SERVICIO A LOS ENFERMOS

1. *Cristo Siervo de Dios*: Cristo, por su disposición interior y sobre todo por su actuar diario, nos ha dejado de sí mismo la imagen de Siervo de Dios y de los hombres.

Dentro de la historia del cristianismo, unos hombres y unas mujeres se han expresado *en la edad adulta de Cristo* sirviendo al prójimo enfermo. El amor cristiano no se evade hacia lo abstracto, al contrario, es concreto, se hace todo a todos para servir a todos los que están a su alcance: La verdad de un ideal se manifiesta en su posibilidad y potencia de encarnación. Por ejemplo, en la pastoral hospitalaria: Amo a los enfermos pero nunca voy a verlos. Cada vez más, es necesario orientarse hacia un trabajo serio, incluso desde el punto de vista profesional, es decir, hacer una jornada de trabajo de 8 horas efectivas de servicio, de visitas. Amar como Cristo es una cosa infinita. Cristo ha venido para mostrarnos el rostro del amor y ese rostro es el del servidor; y la intención del Señor a lo largo de toda su vida es formal: Quiere enseñar a los suyos que el amor es servicio. Se puede afirmar que en el hombre-Jesús es desvelado el sentido profundo de nuestra existencia: Ama hasta el final. De lo que aquí se trata es que Jesús vivió hasta el final su existencia humana como una existencia-humana-para-los-demás.

2. *Cristo-Siervo de Dios en el Déutero Isaías*: (Cfr. Is. 40-53, pero sobre todo los cap. 42, 49, 52, 53). Todo el desarrollo del texto de Isaías ilustra la debilidad humana del siervo. Se trata sin duda de la disponibilidad para el servicio de los hombres.

3. *El Siervo de Dios y los Evangelios*: (Cfr. Mc. 9, 33-35; Lc. 9, 46; Mc. 10, 42-45; Mt. 20, 25-28). El Hijo ha venido para servir, y la palabra designa preci-

samente (diakonia) un servicio prestado de manera personal: El discípulo es alguien que está al servicio de los demás.

4. *Eucaristía y servicio*: Esto es mi cuerpo *por* vosotros, —sangre derramada *por* muchos—, que es derramada *por* vosotros. (Cfr. Jn. 13, 1-12; el lavatorio de los pies). La escena del lavatorio de los pies tiene el mismo sentido que la Cena santa. La Cruz es el servicio supremo y la Eucaristía es su permanencia durante el tiempo de la Iglesia. Un alimento no tiene otra razón que la de servir. La raíz y el término del servicio es el amor.

5. *El servicio al enfermo a la luz de Cristo, Siervo*: La persona «Jesús» es presentada en la Escritura como aquel que «vive para los demás», aquel que está condicionado en su existencia por la existencia pecadora y disminuida de los demás; hizo de las «necesidades» de los demás su norma de vida de Hijo del Padre y de Verbo encarnado.

Esta orientación es fruto de una elección personal: ¿A esta luz, por tanto, nuestra elección de servir a los enfermos, nuestra consagración religiosa, qué sentido tienen? El cristiano que sirve a los enfermos encuentra en Cristo el rostro, el modelo, el ejemplo de todo verdadero servicio. En el servicio al enfermo, el hombre vuelve su mirada hacia el otro; quienes se aman hacen de la persona del otro el objeto de sus cuidados y de su servicio desinteresado.

Si el servicio a los enfermos se desencarna, puede desviarse en dos sentidos: El trabajo junto al enfermo se transforma en un servicio técnicamente perfecto, pero que no concede importancia más que al resultado técnico, no considerando suficientemente a los interesados como a personas y hundiéndolos todavía más en su soledad; o bien, allí donde permanece la verdadera obra, se debería continuar utilizando sólo medios primitivos, consolándose con la idea de que al fin y al cabo se está actuando por amor.

En el servicio de Jesucristo nos es revelado el hombre; Dios se manifiesta a nosotros como el Hombre que nosotros estábamos destinados a ser y en el que estamos llamados a convertirnos. Ahora bien, Jesucristo es el hombre en la medida exacta en que es aquel que se da.⁴

ACERCAMIENTO PASTORAL A LOS CANCEROSOS Y MORIBUNDOS

1. *Orientación pastoral*: Todo está basado en la importancia de la relación humana con el canceroso. ¿Qué relación humana tenemos nosotros con estos enfermos? He ahí una cuestión muy importante. El sufrimiento

³ M. Alberton: Obra citada, págs. 110-115; 29-37; 249-270.

D. Casera: «La visite aux malades», en el CONGRESO de Capellanes de Hospitales de la Provincia de Québec, 1971.

L. Lochet: «Introduction à una Pastorale des malades», en PRESENCES: 81, 1962; pág. 30.

R. P. Morel: «Le prêtre dans le monde hospitalier», En CAHIERS LAENNEC, 23, (1963), págs. 3-12.

⁴ M. Alberton: Obra citada, págs. 189-227.

J. M. Tillard: «La Salut, mystère de pauvreté», Ed. du Cerf, París.

Chr. Duquoc: «Christologie. Essai dogmatique. L'homme-Jésus» Ed. du Cerf, París, (1968).

del canceroso no se mide por el número de tratamientos que ya ha «padecido», o por el conocimiento de su evolución psicológica o de descomposición física.

¿Qué significa lo que el enfermo me entrega? Tal es la cuestión fundamental de todo acercamiento pastoral al canceroso.

2. Puntos a retener:

- aspecto particular del cáncer, concebido como la peste moderna;
- la psicología del canceroso y su represión inconsciente de la noción de cáncer;
- el problema de la verdad del diagnóstico;
- la calma de los cancerosos;
- el abandono del canceroso en el plano moral;
- las interacciones de los enfermos;
- el papel del personal enfermero y médico en las atenciones a los cancerosos.

3. Reacciones de los cancerosos ante el cáncer (y ante la muerte segura):

a) *Reacción de negación y aislamiento*: Es la reacción de todo enfermo que se sabe afectado por un mal incurable. «No, no soy yo; no es posible; no es verdad».

Constataciones clínicas: Se cambia de médico; cambio de medicinas, de hospital. La negación es un mecanismo de defensa, pero temporal. El enfermo evoluciona o bien hacia el rechazo total (muerte próxima) o hacia la aceptación.

El rechazo total llega con frecuencia cuando se juega con el enfermo; se le dice la «verdad» sin preparación alguna.

— Pastoralmente: No decepcionar la negación del enfermo, hacerlo progresar hacia la verdad. Comprender que es incapaz, en principio, de situarse como adulto ante una situación nueva e «inhumana».

b) *Reacción de rebeldía o de cólera*: «¿Por qué a mí? Dios no puede permitir esto. La dificultad de estar en presencia de estas personas está en que sus sentimientos se van en todas las direcciones: El hospital no es bueno, las enfermeras son demasiado jóvenes (incapaces de comprender), no hay un buen servicio; se ataca también a la familia que no viene con mucha frecuencia, etc.

Lo trágico consiste en esto: El personal hospitalario, la familia, el capellán piensan que esta reacción de cólera (agresividad) es como un ataque personal, y entonces se disminuyen las visitas, atenciones, servicios, etc.

A causa de su estado el enfermo se siente morir, y hace algo para llamar la atención. Además, en el hospital se le impone todo: horario, dieta: se convierte en un verdadero esclavo del sistema hospitalario tecnificado.

— Relación con el enfermo: Aceptar la cólera irracional, liberarle, ayudarle a expresarse, y sensibilizar al personal en este sentido.

c) *Reacción de regateo o de camuflaje* (reacción transaccional). Es el momento de la racionalización más fuerte del canceroso. Después de las luchas, de las dificultades, se plantea la cuestión: «¿A qué es debido este cáncer?» La idea de que esa mutilación es una forma de castigo por sus pecados, es un tema común. Culpa-bilidad por unas faltas (aborto y cáncer del útero.)

«Que se me concedan todavía dos años, yo seguiré a la letra todas las prescripciones»; También pacientes muy religiosos intentan obtener de Dios una tregua (hacer decir tres misas por la curación, rezar cinco rosarios si Dios...).

d) *Reacción de depresión*: Cuando ya el enfermo no puede rechazar el ver claro, hacer frente a la realidad (es un cáncer, es una enfermedad que lleva a la muerte), se siente desbordado por esta realidad, y se refugia en sí mismo, en las imágenes del pasado y en las del futuro que no existirá.

Observación clínica: Es silencioso, falta de comunicación y de colaboración, falta de actividad; acedia, resignación, fatalismo ante la situación. Dificultad de contactos con estos enfermos; pero tienen necesidad de una presencia para sacarles de su soledad hecha de miedo, de angustia y de incertidumbre.

e) *Reacción de aceptación*: Si el enfermo tiene tiempo suficiente, si se le da la ocasión de expresarse, llegará a una etapa de tranquilidad, habrá un encaminamiento hacia la aceptación de la situación.

Observación clínica: El enfermo siente necesidad de dormir, de estar solo, de limitar las visitas, se expresa por gestos, por señales (comunicación no verbal).

Conclusión: Estas etapas nunca son vividas de una manera pura, pueden entremezclarse.

En el alma del canceroso encontramos todavía unos sentimientos muy profundos: el *shock* ante la enfermedad (cáncer-muerte) y la esperanza (esperanza de una curación que se transforma en esperanza a secas cuando toda esperanza de curación corporal se esfuma).

Actitud pastoral general: Partir de los sentimientos que el enfermo expresa, por ejemplo: Si el enfermo nos habla de un estado de rebeldía, sería inútil y contradictorio proponerle la aceptación, o decirle que se orará a Dios para que eso pase.

ESQUEMA DE INTERPRETACIÓN DEL ACERCAMIENTO AL CARDIACO

1.^a fase: La negación. 2.^a Fase: Comienzo de la toma de conciencia. 3.^a fase: Reorganización de las relaciones. 4.^a fase: Aceptación de la pérdida. 5.^a fase: Modificación de la identidad.⁵

⁵ «PRESENCES — números 91 y 100.

E. Kubler-Ross: «On death and dying», Collier-Mc Millan London, New York, 1970.

M. Alberton: Obra citada. Págs. 286-292.

REFLEXION SOBRE LA VIDA RELIGIOSA

Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

INTRODUCCIÓN

Este ha sido el título que ha congregado a un centenar de personas los días 27 al 30 de diciembre, en la Clínica San Juan de Dios de Zaragoza. Los asistentes pertenecían todos al sector sanitario.

El cursillo ha tenido dos partes bien definidas: comenzó por una reflexión de la vida religiosa en general —momento actual, renovación, carismas, sentido humano y vida de comunidad. La segunda parte estaba centrada sobre «el ser religiosos en el hospital»— el hospital como realidad temporal, vida de caridad y litúrgica y el porqué y para qué de los Institutos religiosos de acción hospitalaria.

La dinámica del cursillo ha sido positiva, y la integración de los participantes altamente responsable. Las mañanas estaban orientadas a la exposición de los temas y las tardes a un coloquio-panel, donde manifestaron sus puntos de vista diversas personas, religiosas y laicas, sobre la vida religiosa y sobre la vida de comunidad.

Terminada la exposición de todos los temas, se dedicó todo un día a la reflexión por grupos pequeños, aportando valiosas conclusiones.

Por el interés que estas materias pueden tener para los lectores de *Labor Hospitalaria*, pasamos a hacer una síntesis del Trabajo de estos días.

Primera parte

SOBRE LA VIDA RELIGIOSA EN GENERAL

No podemos olvidar la gran sacudida que el concilio ha producido en los ambientes eclesiales. ¿Se puede hablar de un tiempo pentecostal? ¿Se puede hablar de crisis?

Sólo adoptando conciencia y posturas abiertas podremos darnos cuenta de los cambios profundos que están produciéndose en el mundo —cambios que desbordan ya el concilio—. Sólo desde posturas sensibles se es capaz de engendrar una vida religiosa con un ritmo nuevo; ritmo que estamos muy lejos de vivirlo en el seno de los Institutos religiosos. Por ello, esta situación de búsqueda y «alumbramiento» produce tantas crisis, tantos titubeos, tantos desconciertos. Se nos había educado para seguir un esquema que se repite, un esquema trazado, pensado por otros y sólo había que ponerse en camino. Ahora se nos dice que hay que alcanzar una

edad superior, y nos ponemos nerviosos, no acertamos. No pedimos cambios de cosas, sino de personas; sólo cuando éstas cambian viene después lo fecundo y lo auténtico.

Los Institutos religiosos debemos hacer un serio esfuerzo por captar el nuevo signo de los tiempos y crear una nueva imagen de la vida religiosa. Con todo, esta nueva imagen a la que aspiramos no significa un desprecio del pasado, sino que más bien debe unir el pasado con los signos de hoy.

Se nos impone, pues, con urgencia un sentido de re-evangelización y rehumanización de la vida religiosa: Vuelta a las fuentes, vuelta a la primitiva inspiración de los Institutos; vida religiosa en la Iglesia de hoy, signo y prefiguración del Reino, carisma y signo profético. Comunidad de amor, de servicio que se fundamenta y se construye en torno a la Palabra y a la Eucaristía. Por ahí va la línea, el nuevo estilo de vida religiosa-re-evangelizada y rehumanizada.

1. ¿Estamos convencidos de la realidad del cambio que se está produciendo en el mundo? ¿Aceptamos con todas sus consecuencias esta realidad cambiante? ¿En qué aspectos creemos que estos cambios están afectando a la vida religiosa? ¿Qué postura adoptamos y qué debemos y podemos hacer?

- Estamos convencidos de que el mundo cambia. Siempre ha cambiado. En estos últimos años, cambios profundos y radicales. Los aceptamos y somos conscientes de su gran importancia e impacto por chocar con mentalidades tan distintas.
- La vida religiosa no ha seguido el mismo ritmo cambiante. Se han cambiado cosas, se valora lo temporal, lo seglar. Necesitamos ir más a lo esencial, pensar mucho en la gran crisis de fe, en la inseguridad e incertidumbre en que vivimos.
- Creemos que ante el cambio se adoptan posturas abiertas, pero se detecta que después existen infinidad de obstáculos: las estructuras, la mentalidad cerrada de superiores, la falta de colaboración de todos.
- ¿Qué se puede hacer? Colaborar; no anclarse en la realidad presente, mirar al futuro; responsabilizarnos todos, para ello cooperación por parte de todos. Para esto es indispensable una aceptación del otro y, entre todos, un serio esfuerzo por captar el nuevo signo de los tiempos.

2. ¿Creemos que la vida religiosa, tal como se vive, se manifiesta como carismática? ¿Somos responsables de los carismas que aparecen en la vida religiosa y los fomentamos?

— Sabemos que la vida religiosa, en sí misma, es carismática, por ser don de Dios en servicio de todos los hombres; pero ahora nos fijamos si de verdad lo somos nosotros:

- A personas sin prejuicios (inteligentes, reflexivas), les llama la atención; aquí hay que pensar que, a pesar de nuestras vidas limitadas, vivimos en el misterio de la Iglesia y los demás captan en nosotros «algo diferente».
- Pero cuando nosotros reflexionamos con seriedad, nos damos cuenta que muchas veces no aparecemos ante los demás con esta dimensión carismática. Se ha afirmado que muchas veces influyen en ello las estructuras, el excesivo trabajo, el quedar reducidos a máquinas, sin tranquilidad y sin posibilidad de reflexionar.
- Para ser «signo» de Cristo ante los demás, es necesario vivir este misterio en nosotros y quizá en esto fallamos; no presentamos la vida religiosa en su profundidad.

— Las comunidades suelen apagar los carismas, todo lo que exige más... Esto es lógico en el esquema o modelo de comunidad «moralista» y «uniformista» en que vivimos.

- Quizás actualmente nos estamos abriendo en este aspecto, respetándonos mutuamente.
- Reconocemos que la formación, apertura, diálogo, ayudan a fomentarlos.
- En las comunidades numerosas se ahogan más, por miedo al «desorden»; hay que pararse a discernir lo bueno y lo malo; aquello que es más exigente y radical conviene examinarlo y analizarlo más.
- Muchas veces se acepta el pluralismo, pero en lo «superficial».

3. ¿Estamos convencidos, a pesar del momento crítico actual, del valor permanente de la vida religiosa? ¿Qué posturas tomamos en esta situación de constante interrogación? ¿Es posible y cómo la fidelidad en la vida religiosa?

- Estamos convencidos del valor profundo de la vida religiosa, pero no somos consecuentes con ello. La vida religiosa siempre tiene un valor fundamental —seguimiento a Cristo, que siempre será válido por más que cambien las estructuras.
- Somos conscientes de que con frecuencia se adoptan posturas positivas, pero nos encuadramos en una pasividad que más bien se puede definir como indiferencia, falta de inquietud, desacuerdo de ideologías prácticas. No se efectúan los cambios por miedo al fracaso; nos falta valentía, decisión; incluso, formación para actuar.
- Es posible la fidelidad con una constante revisión personal, actualizándose cada día. Tratar de mantener nuestras inquietudes y vivencias a nivel personal y comunitario. Necesitamos un clima de familiaridad que nos ayude a mantener la fidelidad.

4. ¿Cómo concebimos hoy la vida de comunidad? ¿Existen verdaderas formas de información y diálogo y a qué escala? ¿Convivimos o coexistimos? ¿Como se manifiesta nuestra comunidad de oración evangélica y apostólica?

— Concebimos la comunidad como verdadera fraternidad en la que las personas se captan, participan y realizan la comunión de vida:

- Hay que tener en cuenta qué es «comunidad de fe»; lo que nos une no en la regla, ni al superior, sino al Señor.
- Para encontrarse y formar comunidad es necesario abrirse y aceptarse (si no nos sinceramos, no nos conocemos, y no podemos aceptarnos)

y desde ahí, unirnos en el Señor, verdadero encuentro de personas. La comunidad es el verdadero apoyo de todos los miembros.

— La información que se recibe es hoy más abundante, pero muchas veces se refiere sólo a aspectos materiales...

— En cuanto al diálogo hemos comprobado que:

- Apenas sabemos dialogar.
- Estamos empezando a diversos niveles.
- A veces se reduce a formulismos: el superior (a) pide opinión, pero de antemano no cuenta con ella.
- La mayoría de las veces se reduce a aspectos materiales y no al diálogo íntimo, de aceptación del otro, de apertura.

— Tenemos gran dificultad para la convivencia, especialmente en comunidades grandes, donde uno tiene la sensación de vivir aislado, «coexistiendo».

— Aunque la comunidad de oración y evangélica se están abriendo, creemos que son tradicionales; debe avanzarse todavía mucho, lo necesitamos. Pero que todo cambio, que toda manifestación se realice después de una reflexión.

Segunda parte

REFLEXIÓN SOBRE EL SER RELIGIOSO EN EL HOSPITAL

Se comienza esta segunda parte por «el hospital como realidad temporal», cuyo esquema se centra en el origen de la asistencia a los enfermos y de los hospitales: origen histórico, origen cristiano, realidad actual. De las formas elementales y equívocas sobre el hospital —con ideas primitivas, paganas y materialistas— pasamos a la era cristiana, que arranca de la fuerte vitalidad de Cristo, de su postura frente al enfermo, y nos adentramos en toda una historia de la Iglesia, de gran preocupación por los enfermos en formas y estilos diferentes —diaconado, colectas, abadías y monasterios, Ordenes y Congregaciones hospitalarias— y llegamos al momento presente: derecho del hombre a la salud, secularización y socialización progresivas de la asistencia, complejidad de la misma en su planificación, regionalización, coordinación, organización y control.

Del hospital benéfico, llevado por personas benévolas, pasamos, pues, al hospital técnico, hospital empresa, donde el funcionamiento armónico del mismo requiere gradación de la asistencia y mayor fluidez del sistema.

El tema sobre «vida de caridad y vida litúrgica en el religioso (a) hospitalarios, tuvo como base el siguiente esquema:

1. El amor hacia Dios y hacia el prójimo es la característica del verdadero discípulo de Cristo (LG. 42).

— El servicio al enfermo, la entrega eficaz al alivio del sufrimiento y de la enfermedad, expresión cualificada del amor cristiano y «signo mesiánico» de salvación. De ahí la exigencia de una dedicación y de una competencia profesional que le haga eficazmente servicial. La fe interpretará este signo de una manera válida.

— La consagración al enfermo, consagración a Cristo y encuentro personal con él. Ascética y mística del servicio cristiano hospitalario.

2. La liturgia medio singular de alimentar la vida de caridad y la unión con Cristo (PC. 6; LG. 42).

— Siendo la liturgia en lo esencial la actividad sacerdotal de Cristo y de la Iglesia, tiene, como la encarnación, un doble fin: la honra de Dios y la salvación del mundo (SC. 10).

— El religioso hospitalario, en su fiel unión con Cristo en la Iglesia, se hace culto público a Dios, glorificación eclesial al Padre (ET. 47).

— La tarea hospitalaria, signo mesiánico del Reino actual y escatológico; adquiere fuerza, vigor y sentido en la participación activa y personal del religioso sanitario en la liturgia.

— Liturgia hospitalaria y liturgia en el hospital.

«El porqué y para qué de los Institutos religiosos de acción hospitalaria», tercer tema de esta reflexión, se desarrolla en estas líneas fundamentales:

— El cómo nos presentamos:

- Los Institutos hospitalarios dentro del mundo cambiante actual —social y religioso.
- La crisis religiosa padecida en las instituciones hospitalarias; real descontento motivado por formas cristianas gastadas, estructuras psicossociológicas deficientes, despreocupación por el servicio a los hombres y choque de mentalidades.

— El porqué:

- *Profundos*: condescendencia divina, amor gratuito de Dios, expresión del misterio de la Iglesia (AG. 3; 5; PC. 1).
- *Prácticos*: no somos extraños a las situaciones, el dolor en la vida humana, animadores de la caridad (LG. 46; GS. 1).

— El para qué: (la misión):

- Carisma (LG. 42, 47; PC. 1).
- Signo para la Iglesia (LG. 44; PC. 12, 13, 14).

- Imitamos más de cerca a Cristo (LG. 44; PC. 1).
- Testigos de la resurrección (LG. 44).

— Las nuevas comunidades:

- nuevo hospital-nueva comunidad (GS. 6).
- cómo se manifiestan: vivir del trabajo, comprometidos en la liberación del dolor, testigos de la fraternidad, enviados a evangelizar, abiertos a los hombres.

TRABAJO DE LOS GRUPOS

1. Presencia del religioso (a) en el hospital: oportunidad, necesidad. Cómo y desde dónde llevar a efecto esta presencia. Perspectivas. Nuestra encarnación en el ambiente hospitalario: cómo trabajamos, cómo nos relacionamos con los demás.

— Creemos oportuna la presencia del religioso en el hospital para defender el derecho del enfermo a una asistencia integral. Nuestra presencia la vemos muy positiva, pero el enfermo no siempre la detecta. Ve que allí hay un religioso o una religiosa, pero que no siempre es signo de lo que representa. Se piensa que el religioso debe influir en las estructuras del hospital; para ello hace falta una buena organización directiva a la que el religioso tenga acceso.

— Cada persona debe estar en el puesto para el que tiene aptitudes; se cree también oportuna la asistencia directa al enfermo, y a falta de ésta se considera que el departamento de Admisión puede ser un lugar importante de contacto con el religioso o religiosa.

— En cuanto a cómo trabajamos y cómo nos relacionamos con los demás, se detecta, en general, que vamos a lo nuestro: nuestros horarios y nuestras cosas. Se pide y reconoce que «hospital nuevo» exige comunidad nueva, en actitud de disponibilidad y de servicio.

2. ¿Nos ayuda realmente a una vivencia de comunión con Cristo la práctica de la hospitalidad? ¿Nuestras

comunidades son cada vez más «experiencia» de caridad cristiana, hacia dentro y hacia fuera? ¿Nuestra liturgia adquiere siempre un matiz hospitalario peculiar o peca más bien de genérica? Es para nosotros la liturgia —en la experiencia personal y colectiva, no sólo en lo teórico, un punto culminante de comunión y potencia de nuestra tarea diaria de testigos y servidores por amor?

— Cuando se vive la experiencia de servicio a gente más necesitada, ayuda a uno a encontrarse más unido con Cristo; el trato con el enfermo, familia, etcétera, ayuda a madurar, pero necesitamos reflexión ya que con frecuencia caemos en la facilidad y en la rutina.

— Nos movemos *hacia dentro* en un ambiente de tibieza. Si la comunidad es buena, somos buenos; hay comunidades que vibran; otras, por lo que sea, están estancadas. Hay comunidades que ante las dificultades y a pesar de las diferencias de sus miembros, se vive en común y hay cierta tensión vivencial. Dentro de las grandes comunidades, muchas veces amorfas, siempre hay grupos que trabajan, personas que se unen para vivir más personalmente lo que significa ser «comunidad».

— *Hacia el exterior* tenemos experiencia de entregarnos más. La misma formación nos ayuda.

— Hay que afirmar que nuestra liturgia, como visión general y mirando al pasado, es genérica. Comprobamos, sin embargo, que vamos cambiando en este aspecto, aunque sea lentamente.

— No se da esta conexión entre liturgia y vida de testimonio, de entrega. Más bien se vive en un plano genérico. Cuando hay retiros, reflexiones, etc., en que se piensa sobre lo hospitalario, esto se lleva a la Eucaristía y luego, aunque sea por poco tiempo, repercute en la vida.

— Nos damos cuenta que falta apertura, horizontes nuevos, conocimientos sobre la relación o vivencia «liturgia-hospitalidad». Nos falta una teología de la enfermedad.

— Muchas religiosas hacen notar la desventaja en que se encuentran, por deficiencia de capellanes con edad, ilusión, vocación, etc., para emprender una pastoral dinámica en el hospital. No podemos reducir toda la labor pastoral en el hospital a una administración de sacramentos.

MODELO Y GUIA PARA CUANTOS SE DEDICAN AL CUIDADO DE LOS ENFERMOS

Por MANUEL MARCO, O. H.

Crear, conservar y perfeccionar un ambiente en el que la humana y fraternal convivencia llegue a ser realidad es empresa a la que debe entregarse el cristiano, más aún todo hombre de buena voluntad, con su presencia y su acción. El creyente no debe olvidar que a él corresponde, por propia vocación, tratar de instaurar el reino de Dios, gestionando los asuntos temporales, ordenándolos según el plan delineado por Dios.

La presencia del cristiano ha de intentar, en el estadio de su vida, descubrir la auténtica concepción de los valores de la persona, de la familia y de la sociedad. Así contribuirá a que la norma suprema de toda actividad, incluidas la economía, la política y la religión, sea el reconocimiento efectivo de los derechos humanos.

Con nobleza de espíritu y apertura de corazón, ha de vivirse en actitud sincera de servicio, como lógica consecuencia de estar convencido de que la razón existencial del hombre es: amar a los hermanos, ya que sin el amor a estos es imposible el amor al Padre.

Cada cristiano, cada hombre, ha recibido un carisma, impronta de su vida, móvil de su acción.

El carisma de Juan de Dios fue: enseñar una lección con la irrefutable pedagogía de incondicional servicio y proyectos, con su presencia y su acción en el ambiente social de su momento histórico, la luz de su fe, el gozo de su esperanza y la fuerza de su amor.

Tesis: «Hermanos, haced el bien a vosotros mismos, haciendo limosna para los pobres».

Él no da. Él se da. Él ama, porque amar es darse.

Él da su tiempo, su descanso, su corazón, su inteligencia, su vida.

Vive su sintonía abierto a Dios y a los hermanos.

Al sintonizar, encuentra y habla al Padre de los hermanos, a los hermanos del Padre y a los hermanos de los hermanos.

En sus diálogos con el Padre y con los hermanos, descubre que el Padre ama a todos los hombres, por ser hombres, y que los hombres deben amarse como hermanos, si dicen amar al Padre.

También descubre la miseria, la soledad, el abandono, la injusticia, la discriminación social y religiosa, el prostíbulo, la infidelidad en amor, el crimen.

La enfermedad, el sufrimiento, el dolor, la angustia, la desesperación, hecha carne en la carne del enfermo, del pobre, del marginado, del hermano.

Es su campo de apostolado, al que se entrega sin pérdida de tiempo, sin reservas ni cálculos humanos, con generosidad.

Juan de Dios sabe muy bien que todo hombre es su hermano, que no es el hermano para el amor, sino el amor para el hermano.

Como, andando los siglos, diría Pablo VI, él no ignora que: «no es suficiente descubrir y denunciar la miseria, el dolor y las estrecheces humanas; hay que tener siempre presente al hermano, para hacer brotar de los corazones esa corriente de solidaridad que hace revivir de cerca y compartir las necesidades de los pobres y los enfermos para llevarles después la luz de la esperanza, del amor y de la ayuda».

En fuerza de este convencimiento, se personará donde haya una necesidad física o moral. No importa que su presencia sea requerida en pleno día o a media noche —él no está sujeto a horarios inflexibles—; tampoco interesa que quien lo necesite sea de intachable conducta o sospechoso o de mala nota; se olvida si corre peligro su salud, su vida, su fama, su prestigio, su dignidad —¿qué es dignidad?

Apostolado difícil, comprometido, arriesgado, pero hay que correr el riesgo hasta la incompreensión, la crítica, la obstaculización de los «puritanos» de siempre, incapaces de seguir sus ejemplos, porque no tienen valor para renunciar a situaciones cómodas.

No importa. Nada, ni nadie lo apartará del amor a los hermanos «pequeños». No; ni siquiera el respeto humano, que ha esterilizado tantas energías, tronchado tantas ilusiones y frustrado tantas vidas, podrá hacerle desistir de su empresa.

Juan de Dios se siente inquietado por la frase del Maestro: «no tienen necesidad de médico los sanos, sino los enfermos; no he venido Yo a buscar a los justos, sino a los pecadores».

Crear el evangelio, vivir el evangelio nunca fue tarea fácil, ni mucho menos cómoda, ni ayer, ni hoy, ni lo será mañana.

Juan de Dios y, por lo mismo, de los hombres no ha pactado con el egoísmo, ni con la indiferencia, ni con la frialdad, ni con los corazones de piedra, ni con las estructuras, ni con la jerarquía. Ha pactado su alianza con el Espíritu. Que nadie se interfiera en sus caminos, ni siquiera con piadosas y paternalistas consideraciones, pues perderá el tiempo.

Antes que los hombres debe ser obedecido el Padre.

Su misión, su carisma es claro: servir al dolor.

Por eso lo busca, sin pasar de largo ante el mismo. Se detiene donde lo encuentra, sin considerar si el vaso es rico o pobre, blanco o de color, cristiano, no creyente o adverso. El recipiente del dolor es un hombre, hecho a imagen del Padre, sujeto del amor del Padre y también de los hermanos.

Al dolor hay que acercarse con humildad, con respeto, con veneración. Juan de Dios lo sabe y se arrodilla ante él. Lo toma en sus brazos. Lo adentra en su corazón. Lo



8 de marzo, día de los enfermos, de cuantos se dedican a su servicio y de todos los hospitales católicos.

NOTICIARIO

Garicano Goñi, ministro de la Gobernación, leyendo el discurso de inauguración del hospital San Juan de Dios.



BARCELONA

INAUGURACIÓN DEL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DÍA 3 DE FEBRERO DE 1973

A las 17 horas se inauguró oficialmente en representación del Gobierno español, por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, don Tomás Garicano Goñi, el nuevo Hospital Infantil San Juan de Dios con asistencia de Autoridades nacionales, regionales, provinciales y locales.

Después de unas sencillas y emotivas palabras de salutación dirigidas a las dignas Autoridades por el hermano superior José Antonio Torre, a las que se unió a continuación las del director médico don Joaquín Plaza Montero, exponiendo con sencillez y brevedad al señor Ministro y demás asistentes, la labor realizada con tanto desinterés y vocación por la Orden de San Juan de Dios durante tantos años, desde 1867, en que fue restaurada de nuevo en España, por el padre Benito Menni, dedicada en bien del necesitado a la protección y curación especialmente de las afecciones infantiles, resaltando sus trabajos científicos y la colaboración de los profesionales de la Medicina que dedicaron en todo tiempo su servicio en favor de las clases más humildes.

Seguidamente hizo uso de la palabra el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación resaltando la satisfacción y el gozo que le producía inaugurar en nombre del Caudillo Franco el hospital de tal digno nombre, orgullo de la orden y del pueblo de Barcelona que con su buen corazón y espíritu de caridad tanto ha hecho para llevar a feliz término esta obra exponente de sacrificios y voluntad para el mejor servicio a Dios realizada duramente por los hermanos, cuerpo facultativo y demás auxiliares.

Se cortó la cinta simbólica, efectuándose la visita por las distintas dependencias del hospital, sirviéndose a continuación un vino español.

DÍA 4, DOMINGO

Monseñor José M.^a Guix, obispo auxiliar de Barcelona, representando al cardenal Jubany, arzobispo de Barcelona, que se hallaba en una clínica sometido a tratamiento, celebró la santa misa en la escalinata principal del hospital, bendiciendo a continuación el hospital, con oraciones propias llenas de unción religiosa.

acerca a su Cristo que es el Cristo de todos los hombres. Y lo sintoniza con Él, para hacerlo una misma hostia con Él. Juan de Dios, en frase de Pío XII, era: «el ángel de los enfermos».

Yo me atrevería a decir que Juan de Dios, en virtud de su sacerdocio bautismal, fue sacerdote-puente entre el Padre y los hermanos visitados por el dolor, en cualquiera de sus expresiones; sacerdote que, en misteriosa pero no menos real concelebración —no eucarística—, coofreció en Cristo al Padre el dolor de los demás unido al suyo y el suyo unido al de los demás, por la salvación y santificación de «muchos».

Para mí Juan de Dios ha sido el hombre que supo vivir en plenitud humana la «mística del dolor» de un modo tan maravilloso que cautiva, a la vez que por su sencillez, por su audacia. Y es que todavía nos cuesta aceptar que Dios sigue revelándose a los humildes, a

los pequeños para aleccionar a los sabios y prudentes.

¡Qué bien captó la espiritualidad juandediana Javier Lucas al decir de sus cartas que respiran la candidez de un niño que pide limosna! Ciertamente; no se puede decir más en menos palabras.

Pienso que la sencillez y grandeza de la vida de Juan de Dios, consumida y consumada en actitud de servicio, estriba en que él encontró a Dios en su peregrinar: «vivió a Dios en sus días». Y espontáneamente proyectó esta vivencia en total disponibilidad a las exigencias del amor fraterno, como dinámica de su her humano.

Esta vivencia de la, que yo llamo, «mística del dolor» en Juan de Dios es el mensaje que nos brinda el día de su festividad a cuantos estamos en contacto con el dolor; bien porque se ha hecho carne de nuestra carne, bien porque, movidos por nuestra vocación religiosa o profesional, estamos consagrados a su servicio.

**JORNADAS MEDICAS INTERNACIONALES
CELEBRADAS EN EL HOSPITAL
DEL 5 AL 7 DE FEBRERO**

Terminados los actos religiosos que se celebraron con motivo de la bendición del hospital, el padre Marciano Vidal, expuso con gran brillantez su conferencia sobre El derecho a la vida.

Esta interesante lección del profesor de la Universidad de Salamanca, fue como el pórtico de las jornadas médicas internacionales que se iniciaron al día siguiente, en la misma sala de conferencias que el doctor Vidal había dictado su lección sobre el derecho a la vida.

Seguidamente ofrecemos el temario de las jornadas, en espera de publicar las interesantes lecciones que se escucharon a lo largo de los días 5, 6 y 7 de febrero.

DÍA 5

Mañana

SIMPOSIUM SOBRE «LA RODILLA»

Dr. Vicente Bosch Olives. Director del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Fracturas de la meseta tibial.

Dr. Joaquín Cabot. Jefe del Servicio de Patología del Aparato Locomotor. Ciudad Sanatorial de la S. S. Príncipes de España. Barcelona.

Anatomía quirúrgica de las lesiones meniscales.

Prof. José Cañadell. Catedrático de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Navarra.

Patología de la rodilla en el niño.

Dr. Fernando Collado. Jefe del Departamento de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Ciudad Sanatorial de la S. S. Francisco Franco. Barcelona.

Fracturas supracondíleas del fémur.

Dr. Paul Ficat. Profesor de la Facultad de Medicina de Toulouse.

Syndrome d'hyperpression externe de la rotule.

Dr. Luis Munuera Martínez. Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica «C». Hospital San Rafael. Madrid.

Aspectos biomecánicos y estructurales de los meniscos en relación con su patología.

Dr. José de Palacios y Carvajal. Jefe del Servicio de Traumatología de la Residencia General de la Paz. Madrid.

Artropatía hemofílica de la rodilla.

Dr. Santos Palazzi. Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica. Hospital del Sagrado Corazón. Barcelona.

Autoinjertos en el tratamiento de las osteocondrosis de la rodilla del adulto.

Dr. Joaquín Poal-Manresa. Jefe del Departamento de Cirugía Ortopédica. Centro Nacional de la lucha contra las enfermedades reumáticas. Barcelona.

Osteotomía de la meseta tibial en el tratamiento de la artrosis de la rodilla.

Tarde

SESIÓN NEURO-PSIQUIATRICA

Conferencias magistrales de los profesores Soulé y Gilles Lyon.

Prof. Soulé, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. Ex-Chef de Clinique à la Faculté. Médecin Assistant de Neuro-Psychiatrie à l'Hôpital St. Vincent-de-Paul.

Les troubles Psychosomatiques du nourrisson: points de recontre privilégié pour le pédiatrie et le psychiatrie d'enfant.

Prof. Gilles Lyon, Master du Centre National de Recherche Scientiphique et professeur Agrégé à la Clinique de Pédiatrie et de Puériculture de la Université René Descartes.

«Las Polineuritis crónicas de la Infancia».

DÍA 6

JORNADA QUIRÚRGICA

Mañana

Sesión operatoria por el equipo de Cirugía Pediátrica del Hospital. (Retransmitida en Circuito cerrado en TV.)

Conferencia del Dr. B. Agra Cadarso. (Jefe Servicio Cirugía Pediátrica del Hospital de la Cruz Roja. Madrid.)

«Resultados a largo plazo en el tratamiento del Me-gaureter».

Conferencia extraordinaria del Prof. Lister de Londres, Catedrático de Cirugía Pediátrica del «The Children's Hospital» de Sheffield, y Hon. Secretario Tesorero de «The British Association of Pediatric Surgeons».

«Antibióticos en Cirugía Pediátrica».

Tarde

Comida en el Hospital.

Proyección de films del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital.

Dr. J. Boix Ochoa (Jefe Departamento Cirugía Pediátrica. Residencia Francisco Franco. Barcelona).

«Peritonitis Meconial».

Dr. L. Morales Fochs (Jefe adjunto Departamento Cirugía Pediátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona).

«Tratamiento de la Hipertensión portal en el niño».

Dr. J. Monereo (Jefe Departamento Cirugía Pediátrica. Clínica Infantil La Paz. Madrid).

«Indicaciones y técnicas de las esofagoplastias en el niño».

DÍA 7

JORNADA PEDIATRICA

Mañana

Sesión pediátrica con conferencias magistrales a cargo de:

Prof. Ballabriga, Catedrático de Pediatría y Director de la Escuela profesional de Pediatría de la Univesidad Autónoma de Barcelona y Director de la Clínica Infantil de la Seguridad Social Francisco Franco.

«Estudio sobre la alimentación del prematuro. Presente y futuro».

Prof. Sánchez-Villares, Presidente de la Asociación Nacional de Pediatras Españoles y Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.

«Fundamento diagnóstico de las miopatías infantiles».

Tarde

Nueva sesión pediátrica en la que se desarrollaron las siguientes conferencias magistrales:

Prof. M. Cruz, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

«Aspectos pediátricos de las Hiperlipidemias».

Prof. René François, del Hospital Edouard-Herriot y Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de Lyon.

«Le nouveau-né de mère diabetique».

Acto de clausura de las Jornadas.

Dr. Ramón Manzanares Bahi,
subdirector médico del Hospital.

QUEZALTENANGO. GUATEMALA

BENDICIÓN DEL CENTRO REGIONAL DE NUTRICIÓN

El 30 de enero pasado, se inauguró el centro regional de nutrición en el hospital general de Occidente. Con tal motivo nuestro distinguido y querido amigo, Manuel Arnáiz, propagador incansable de Labor Hospitalaria allende los mares, pronunció unas palabras en este acto inaugural. El distinguido padre paúl, se expresó así:

Distinguido Cuerpo Médico, respetables Jefes de Servicios de Salud Regional y Área, apreciables Practicantes, Enfermeros y Trabajadores Sociales.

Muy buenos días, hermanos todos:

En el programa que ha circulado, para este acto de la inauguración del Centro Regional de Nutrición, como último número se señala la correspondiente bendición, que se me ha encomendado.

Antes de efectuar tal acto religioso, deseo expresar que el programa que intenta desarrollar el Centro Regional de Nutrición con los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional en beneficio de los pobrecitos niños de familias necesitadas y de escasos recursos, pues sus madrecitas se ven obligadas a trabajar, es sumamente necesario, urgentísimo y no podrá menos de ser aprobado y aplaudido por el público.

Basta reflexionar un poco sobre el pavoroso y dramático problema de la mortalidad infantil en Guatemala. Las tristes y tan elocuentes estadísticas lo comprueban.

Guatemala ostenta la mayor tasa de nacimientos y la tercera mayor tasa de defunciones en toda la América.

En el año 1968, 2.444 niños murieron en el Departamento de Guatemala con asistencia médica y 524 fallecieron sin dicha asistencia.

En Quezaltenango, 386 con asistencia y 2.083 sin ella.

En los demás Departamentos, según disminuyen en importancia, disminuyen los fallecimientos con asistencia al paso que aumentan considerablemente los sin ella.

Los niños muertos asistidos por médico son el 19 % y con asistencia empírica o ninguna asistencia 81 %.

El reporte estadístico de 1968, indica que de un total de 24.760 niños menores de un año que murieron, 4.618 tuvieron asistencia médica y 20.142 asistencia empírica en toda la República.

Tan desolador y dramático panorama, ¿no urge a que se tomen medidas para que se reduzca la mortalidad infantil, mediante una vigilancia científica de las enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, nutrición,

programas de bienestar para madres y niños y establecimientos de salud infantil?

Creo que este Centro Regional de Nutrición que se va a bendecir en este instante, con su funcionamiento al ser inaugurado, intenta aliviar algún tanto tan agudo y terrible problema. Pero con ello se solucionará muy poca cosa. Deberían establecerse otros muchos similares en pueblos grandes, particularmente en los municipios y resultaría ideal para los lugares apartados, ser visitados periódicamente con Servicios Ambulatorios de Salud. Sólo así se remediaría tan desastrosa y terrible plaga de mortalidad infantil.

Para terminar, permítaseme una sencilla observación. Actualmente no se recomiendan las bendiciones que suelen ser muchas veces simples ceremonias y meros cumplimientos sociales. Es más aconsejable que la bendición sea más realista y efectiva. Que un hospital, por ejemplo, se haga sagrado mediante la mayor responsabilidad, que todos pongan en aliviar el dolor y el sufrimiento con el ejercicio más competente de la profesión y una verdadera caridad cristiana.

Con tal intención elevemos todos juntos una fervorosa súplica al Todopoderoso, por mediación de Jesucristo y la valiosa intercesión de la Santísima Virgen María nuestra Madre.

MANUEL ARNÁIZ, C. M.

MADRID - TOULOUSE - GIJON - TORTOSA

Cuatro ciudades donde el equipo de hermanos de San Juan de Dios ha intervenido en lo que llevamos de curso dando temas sobre actualización hospitalaria: temas organizativos, humanos y religiosos. Se han beneficiado de tales temas las Congregaciones religiosas de Santa Ana, Dominicanas de la Anunciata y religiosas de Nuestra Señora de la Consolación. Dichas Congregaciones —cada una por separado— han dedicado varios días de reflexión a dichos temas. Cabe destacar que en una los temas fueron dictados al Consejo General, provinciales y responsables de este campo; en las otras se dictó a grupos diversos.

Son varias las Congregaciones que van por ese camino y constantemente piden la colaboración de nuestro equipo. Creemos que es un buen sistema para actualizar y comprometer.

VIGO

Organizadas por la Delegación episcopal de religiosas y Secretariado de Pastoral sanitario de la diócesis, se ha dado en esta ciudad un ciclo de conferencias sobre temas varios, relacionados con el sufrimiento, el enfermo, el hospital y el personal sanitario.

SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

CURSILLO DE ACTUALIZACIÓN HOSPITALARIA PARA TODO EL PERSONAL DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO. SE REALIZA LOS MARTES TEMARIO

Temas técnicos: Clasificación y causas de los trastornos psíquicos. Psicosis. Neurosis. Trastornos del carácter y de la inteligencia. Alcoholismo. Epilepsia. Enfermedades psicósomáticas. El papel de la herencia. Psiquiatría de urgencia. Técnicas: psicoterapia, socioterapia, ludoterapia.

Temas organizativos, humanos y cristianos: Qué es el

hospital: sentido y problemas actuales. El personal del hospital: cualidades, formación, integración, responsabilidad, promoción. Relaciones interpersonales. Humanización del hospital. Asistencia social psiquiátrica. El enfermo hospitalizado y sus reacciones. El enfermo y sus necesidades.

Cómo descubrirlas y orientarlas. Derechos y deberes del enfermo: sentido de la persona humana. Secreto profesional y respeto a la persona. La enfermedad, realidad que nos envuelve. Sentido y liberación. Posturas cristianas frente al enfermo. Religión y Psiquiatría.

Mesa presidencial



CARACAS. VENEZUELA

Se han celebrado las primeras Jornadas Científicas en el Hospital San Juan de Dios, de Caracas.

Bajo el slogan *La sonrisa de un niño sano será su recompensa*.

Se han celebrado también, los treinta años de la Restauración de la Orden en Venezuela; donde tan abnegadamente se han dedicado y atendido desinteresadamente a la colectividad de nuestra nación.

Todos los actos se realizaron en el Auditorium del Hospital.

Fueron organizados por los Hermanos de San Juan de Dios y bajo los auspicios de la «Sociedad Médica del Hospital».

Al evento fueron invitados varios especialistas de fama internacional, en su rama.

Entre los destacados científicos del exterior figuran los doctores William C. Grabb de la Universidad de Michigan de Estados Unidos; E. W. Somerville, consultor de Cirugía Ortopédica del Centro de Nuffield de Oxford, Inglaterra; A. Benedict Rizzuti, de la Universidad de Brooklyn de Estados Unidos; Felipe Bastos Mora, miembro Ortopédico y Traumatólogo de Barcelona, España; doctor Albert Trillat de Francia. Como invitado especial, estuvo presente el doctor Juan Celis Coronado, Director de la Clínica San Juan de Dios, de Lima, acompañado de su señora esposa.

Los temas que se trataron en estas Jornadas fueron:

ORTOPEDIA INFANTIL: Doctores E. W. Somerville de Inglaterra; Albert Trillat de Francia; Felipe Bastos Mora de España.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA: Doctor William C. Grabb, de Estados Unidos.

OFTALMOLOGÍA: Doctor A. Benedict Rizzuti, de EE.UU.

Además de las Conferencias se realizaron: cursillos, mesas redondas, operaciones y trabajos libres.

La concurrencia a las Jornadas, fue un extraordinario éxito, en cuanto a la Organización y las inscripciones, ya que no solamente han concurrido de Venezuela entera, sino de otros países hermanos: Colombia, Perú, Chile.

INAUGURACIÓN OFICIAL

Antes de la inauguración oficial se celebró una misa concelebrada.

A las 8 p. m. comenzó oficialmente la inauguración de las Primeras Jornadas Científicas en el Hospital San Juan de Dios.

En la Presidencia entre los asistentes, se encontraban: El señor Ministro de Sanidad y Asistencia Social, doctor J. J. Mayz Lyon, en representación del señor Presidente de la República, doctor Rafael Caldera. El Lic. Guillermo Álvarez Bajares, Gobernador del Distrito Federal; doctor Arnaldo Arocha, Gobernador del Estado Miranda; Mons. Ovidio Pérez Morales, Obispo auxiliar de Caracas, representando al señor Cardenal, delicado de salud.

Seguidamente, el doctor Claudio Aoun, leyó un telegrama del señor Presidente de la República de Venezuela en el cual decía: «Presento excusas por no poder asistir al importante evento, debido a compromisos oficiales», haciendo uso de la palabra principales personalidades allí presentes.

Al final fue ofrecido un cocktail en los jardines del Hospital, por la Gobernación del Estado Miranda.

Hay que destacar también, lo bien que se portaron los diarios de la capital y del interior del país, ya que en el transcurso de las Jornadas, salían publicaciones alusivas a las Conferencias, Cursillos y trabajos libres, lo mismo que los canales de televisión. Hubo mucho interés por parte de todos, para sacar los resultados y conclusiones más científicas.

CLAUSURA

Hubo un receso, ya que, se donó un trofeo del clásico «PRIMERAS JORNADAS CIENTÍFICAS» a los dueños del caballo ganador, correspondiente a la quinta carrera.

A las 8 p. m. del día 25, se clausuró las Primeras Jornadas Científicas.

E. M. H.

BIBLIOGRAFIA

VARIOS

LA EDUCACIÓN DE LA FE EN LOS ADOLESCENTES

Ed. Sígueme. Salamanca, 1972.

No asistí —como lo hice en otra ocasión— a las Jornadas de Pastoral educativa, promovidas por el Instituto San Pío X de Tejares (Salamanca). Ahora me llegan sus ponencias y las leo y releo al tiempo que subrayo las ideas centrales. Desde el análisis de la situación de la fe en los adolescentes, problemas, planteamientos, objetivos de la catequesis, educador de la fe, todo un abanico, toda una encrucijada, todo un cambio y búsqueda de identidad.

Las ponencias son iluminadoras, concretas, ricas en horizontes; un buen material de reflexión para todo educador.

JOSÉ L. REDRADO

WILLIAM DUNPHY

LA NUEVA MORAL

Ed. Sígueme. Salamanca.

La moral está en función de la auto-comprensión humana. Una nueva auto-comprensión trae consigo una nueva moral. Hasta ahora hemos heredado una tradición ética de continuidad que miraba el amplio contexto de la vida como algo sin cambio e inmutable. Pero una visión histórica, seriamente fundada, debe tener en cuenta la discontinuidad moral con cualquier clase de control o doctrina restrictiva. La nueva moral intenta ser fiel a una herencia propia, rica en posibilidades, y a las condiciones actuales que transforman al hombre.

Los colaboradores de este libro, todos miembros de St. Michael's College de la universidad de Toronto, y cada uno a su manera, tratan de observar a través del espejo retrovisor la moral del hombre occidental.

JOSÉ L. REDRADO

G. BESSIÈRE

EL PAPA HA DESAPARECIDO

Ed. Sígueme. Salamanca.

Por sus viajes a América latina y a África porque sabía escuchar, porque era pobre, evangélico, porque pocos como él lograban hacerse con la unanimidad, porque su papel discreto y eficaz había aunado a los obispos de todos los

países, por sus intervenciones en favor del desarme, por la manera como hablaba de Jesús, con sonrisa profunda..., le hicieron Papa.

¿Novela? ¿Retrato de la realidad? Son las preguntas que se hace el lector a medida que se adentra en su lectura. ¿Por qué no pensar en una crítica a burocracias de Iglesia, a vidas rígidas, cuadrículadas, tan sin sentido, ausentes de los problemas prácticos que viven los hombres? Al final uno saca esta conclusión.

Libro corto —100 páginas— y de lectura agradable.

JOSÉ L. REDRADO

ADOLFO MUÑOZ ALONSO

DIOS, ATEISMO Y FE

Ed. Sígueme. Salamanca, 1972.

Libro de un intelectual para intelectuales. Por la temática, por el género y por el léxico, el presente título se ofrece a la lectura reposada de personas de un cierto nivel intelectual y teológico.

Los temas que trata son muy variados, no obstante la temática general indicada en el título del libro.

Recoge una serie de artículos y conferencias pronunciadas por el autor en circunstancias y ambientes selectos; actualmente están vertidas en distintas lenguas.

Del contenido del libro extractamos los siguientes títulos, por sí solos evocadores de temas candentes en los momentos actuales: Dios, hoy — Ausencia y presencia de Dios en el mundo — Teología para laicos — El fenómeno del ateísmo: ateísmo y cristianismo, angustia y ateísmo — La fe como pregunta — La fe y el progreso científico-técnico.

PILES

DÍAZ ALEGRÍA, JOSÉ M.ª

SETIEK, JOSÉ M.ª

PUENTE EGIDO, J.

CONCORDATO Y SOCIEDAD PLURALISTA

Ed. Sígueme. Salamanca 1972; p. 112.

Los autores plasman con realidad el problema concordatario, tanto desde el punto de vista de la libertad religiosa como de la eclesiología, destacando la presencia de la Iglesia en el mundo de hoy.

El contenido de todo el texto presenta con claridad las ponencias de estos grandes expertos en toda la problemática concordataria, tanto técnica como práctica.

JOSÉ SARRIÓ, O. H.

BOROS, L.

SOMOS FUTURO

Ed. Sígueme. Salamanca, 1972.

La existencia cristiana como realización del hombre, es fruto de la esperanza, confirmada por la resurrección de Cristo.

Alrededor de este tema es sobre lo que versa el libro. El autor no tiene un propósito científico, no nos va a desarrollar un tratado sistemático de Escatología, sino que nos ofrece unas reflexiones acerca de la esperanza, vivenciales, con la impronta del hombre que lucha en su quehacer diario, por realizarse según las exigencias del evangelio y con las miras puestas en el triunfo de Cristo.

Dentro de este encuadre nos da su meditación sobre los consejos evangélicos como exigencias del cristiano, sobre las obras de misericordia corporales y espirituales como programa de vida, y de las postrimerías dentro de unas categorías existenciales.

Francamente bueno.

PILES

JOSÉ M.ª DE LLANOS, S. I.

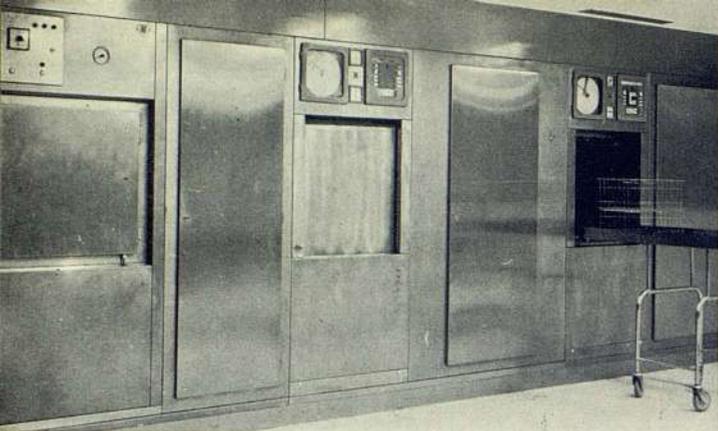
DESDE LA PERPLEJIDAD EN COMPROMISO

Ed. Sígueme. Salamanca 1972, p. 192.

El autor como inquieto y desosegado quiere poner en vilo toda aquella actitud un tanto quietista y tranquila con una postura que nos acecha constantemente y es la gran «perplejidad», confusión o duda en la que nos manifestamos actualmente, postura un tanto del pasado, del presente y del futuro.

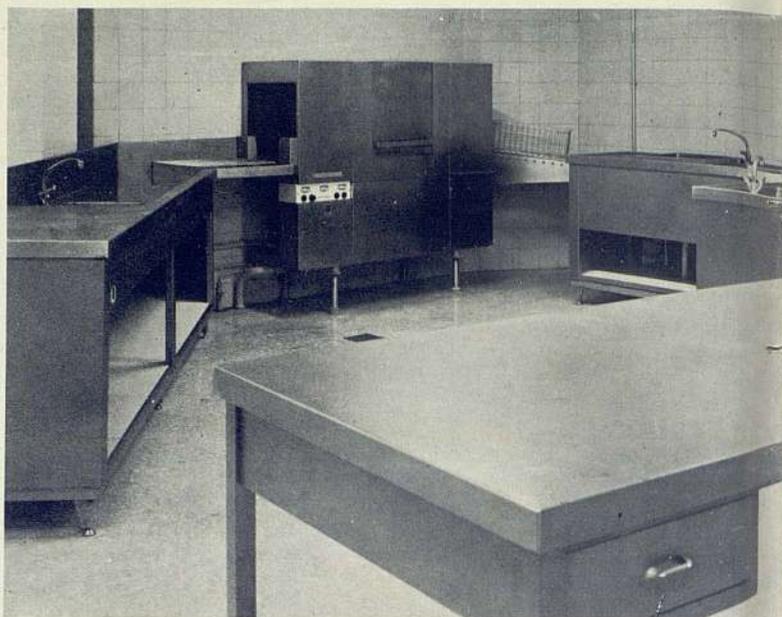
Su contenido hace referencias a valiosas revistas, tanto informativas como doctrinales y un tanto bastante comprometidas en la vida cristiana de hoy día. Divide su trabajo en varios apartados, con temas de este tiempo y mundo, en torno al cristianismo, acerca de la Iglesia y nuestro contorno nacional de vida comprometida. Francamente su lectura es entretenida.

JOSÉ SARRIÓ ALARCÓN, O. H.



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

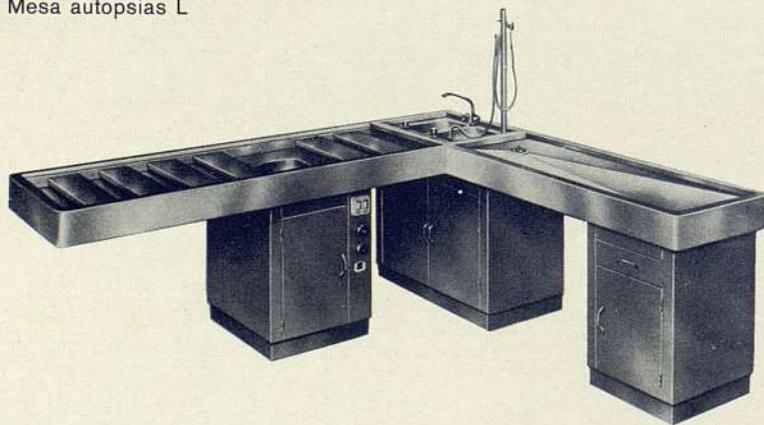
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberoneras
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado Esterilizado
- Almacenaje de cuñas

Entrega de:

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



Mesa autopsias L



Lavador de cuñas



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

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

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja de Ahorros Confederada

OFICINA CENTRAL: RIVADENEYRA, 6 (PLAZA CATALUÑA) - TELEFONO 222.07.03 - BARCELONA-2



OFICINAS EN:

Cardenal Tedeschini, 55
Viladomat, 247-249
P.º Zona Franca, 182-184
Provenza, 391
Lauria, 20

Avda. Mistral, 36
P.º de Maragall, 386-388
Aribau, 272-274
Aribau, 121
Pza. Comas, 11-12 (Las Corts)

Virgen de Lourdes del 5 al 11
esq. Viña Larga (Trinidad Vieja)
Avda. 27 de Enero
(esq. Gral. Mola) PREMIA DE MAR
Avda. Alfonso XIII
(esq. San Lucas) BADALONA

ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro



SOLA-SERT s.a.

FABRICA DE MANTELERIA Y RIZO

Ali-Bey, 15 BARCELONA-10



225 29 66 - 226 94 30



SOLSERT

aúna la experiencia de casi un siglo al servicio
de hospitales nacionales y extranjeros
con las más avanzadas técnicas de fabricación.



OFICINAS EN:

especialidad en mantelerías adamascadas —blanco y color— con o
sin lema • servilletas • cubremanteles • manteles • linos • man-
telerías de color • toallas y artículos de rizo • sábanas • almohadas
• colchas • mantas • paños cocina y limpieza

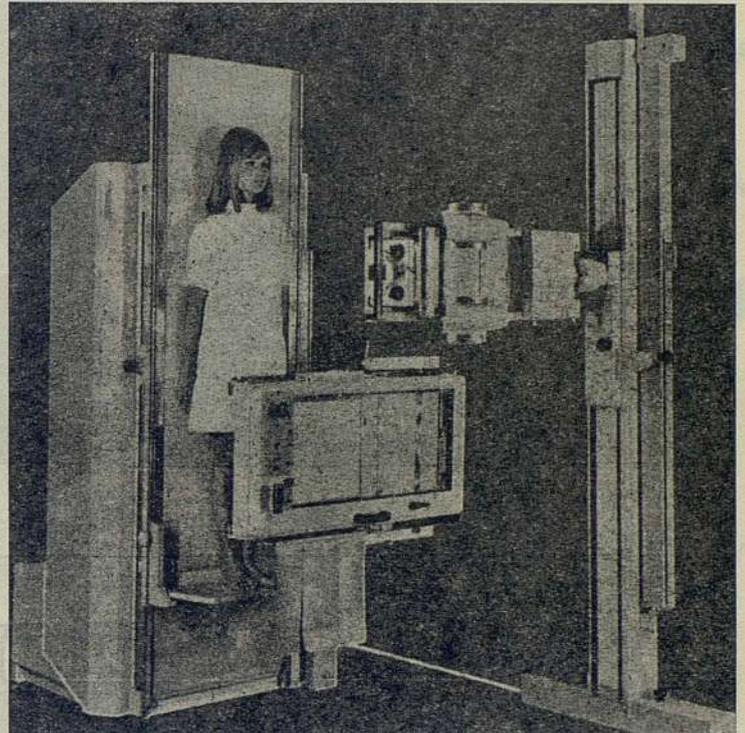
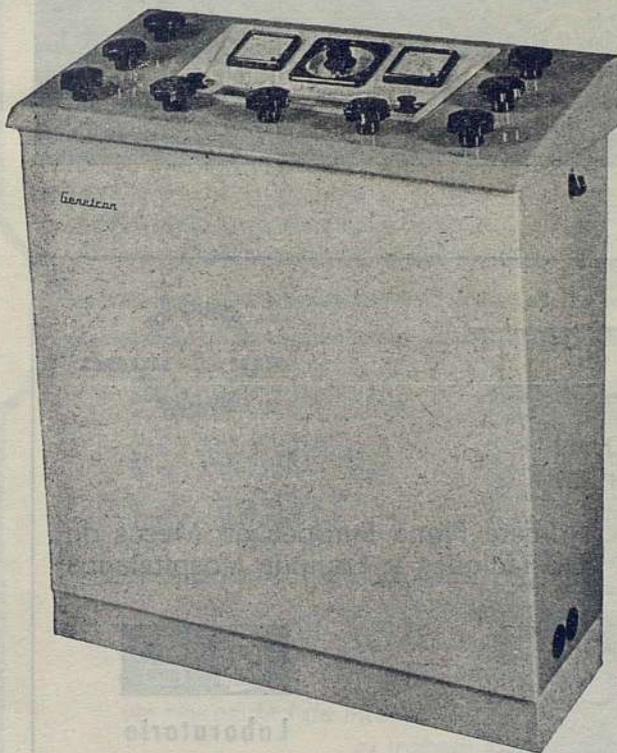
POR FIN...

un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica
y fabricado por

GENERAL ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

SERIOGRAFO completamente automático
TABLERO DE EXAMEN MOVIL: 40 y 20 cms.
PLANIGRAFO vertical y horizontal
COLIMADORES motorizados
BUCKY de alta calidad y equilibrado en todas
las posiciones
FRENOS electromagnéticos



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X GENETRON 400 mA - 140 Kv

Su potencia,
su calibración radiográfica
y alta calidad de sus componentes
aseguran óptimos resultados

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUÑA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

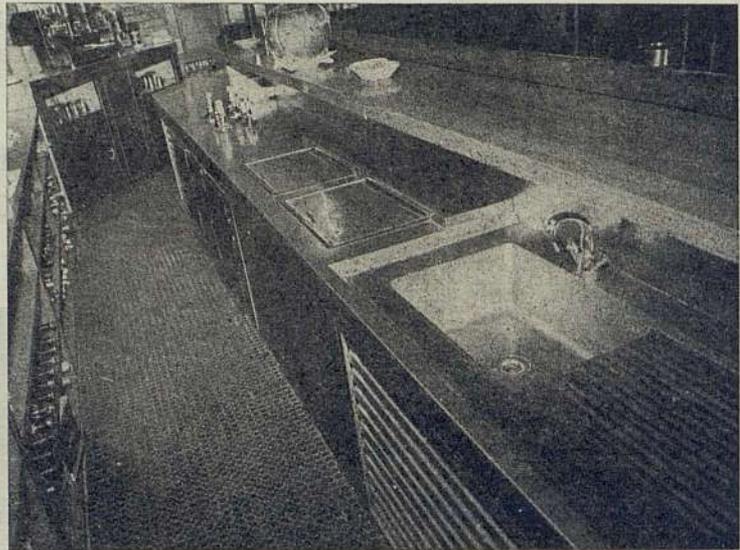
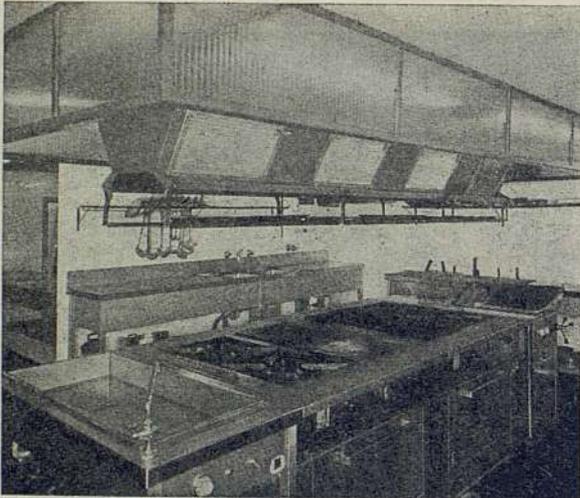
HOSTELERIA

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



MAQUET



RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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



Electromedicina

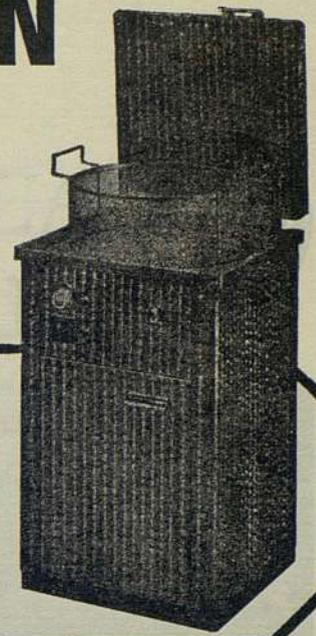
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

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

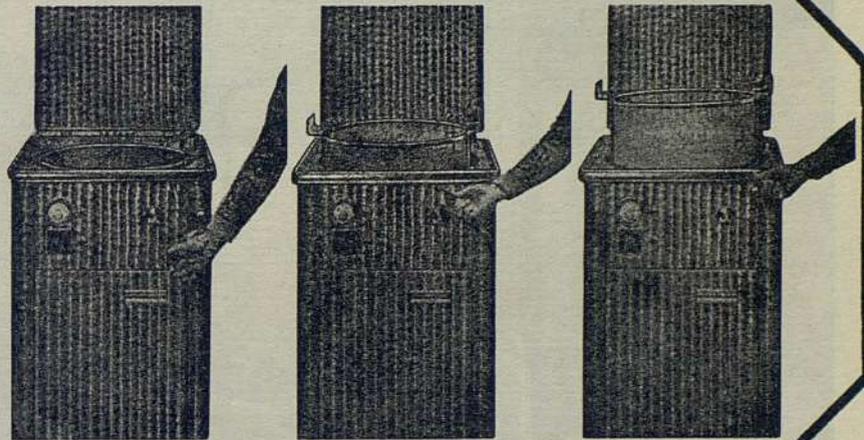
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

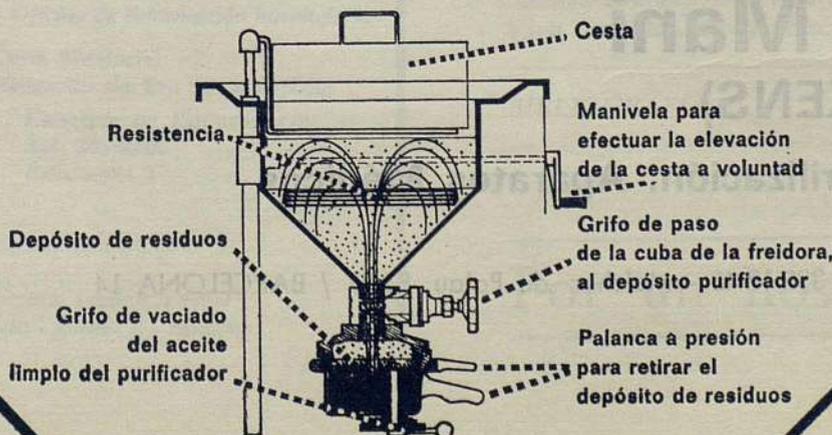
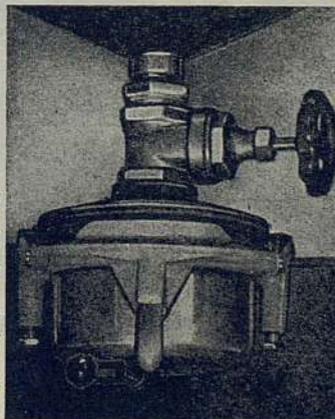
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

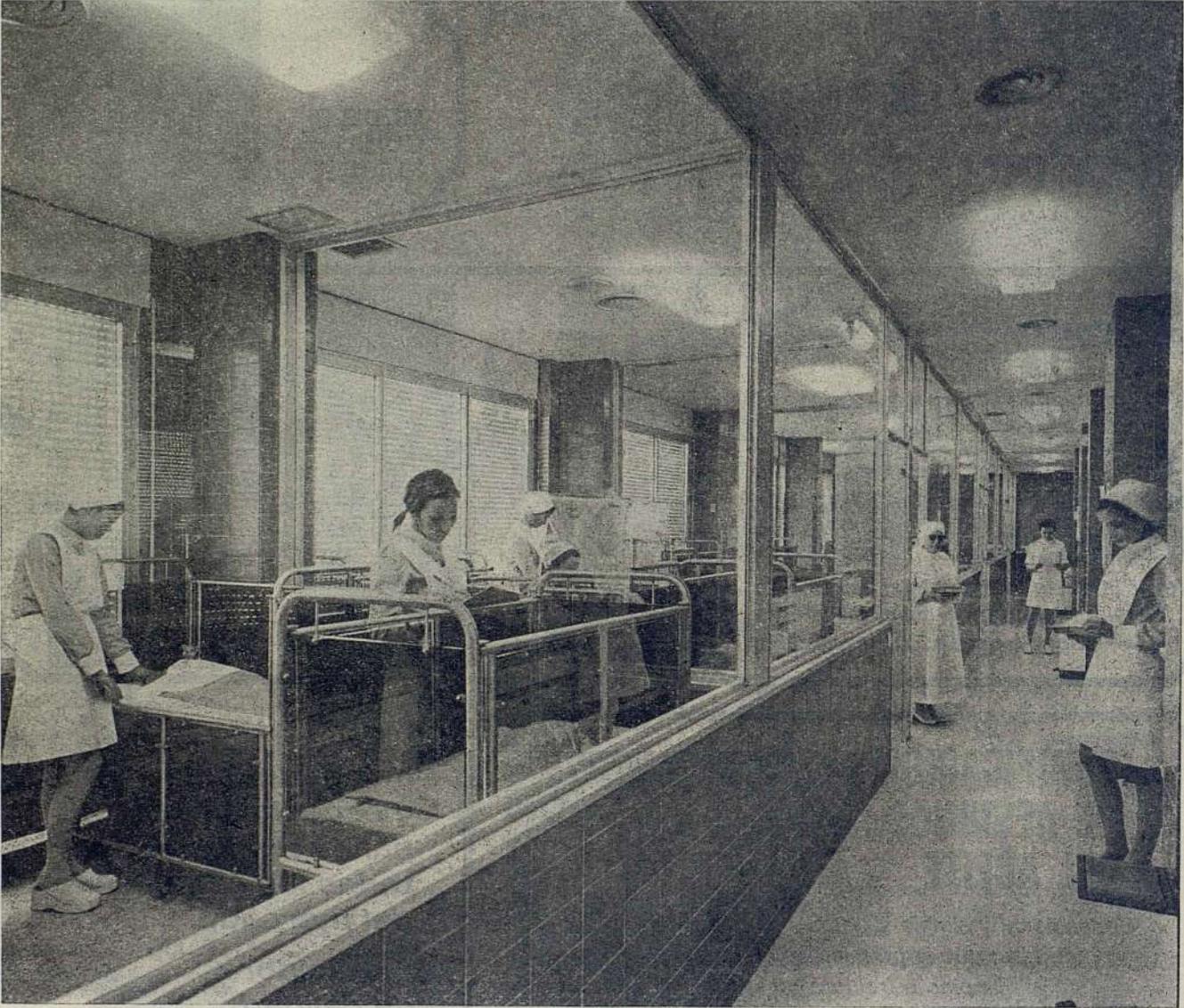
Don

Domicilio

Población

Provincia





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

Hijo de José Mani (Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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

A. P. I. N. M. A.

APLICACIONES INDUSTRIALES DE LA MADERA

SOCIEDAD LIMITADA

OBRAS - DECORACION - VENTANAS GUILLOTINA
ESCALERAS Y BARANDILLAS HELICOIDALES

*

Enamorados, 99-103 BARCELONA 13 Teléfonos 226 12 54
225 52 93



FORET, S.A.

BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

Panhos, s. a.

Pantallas originales adecuadas a centros sanitarios, adoptadas por el nuevo San Juan de Dios, Hospital de niños, de Barcelona

Rosellón, 231 - Teléfonos 308 31 54 - 307 37 58 - BARCELONA 8

Foncuberta

Córcega, 242, entlo. - Tel. 218 2372
BARCELONA (11)

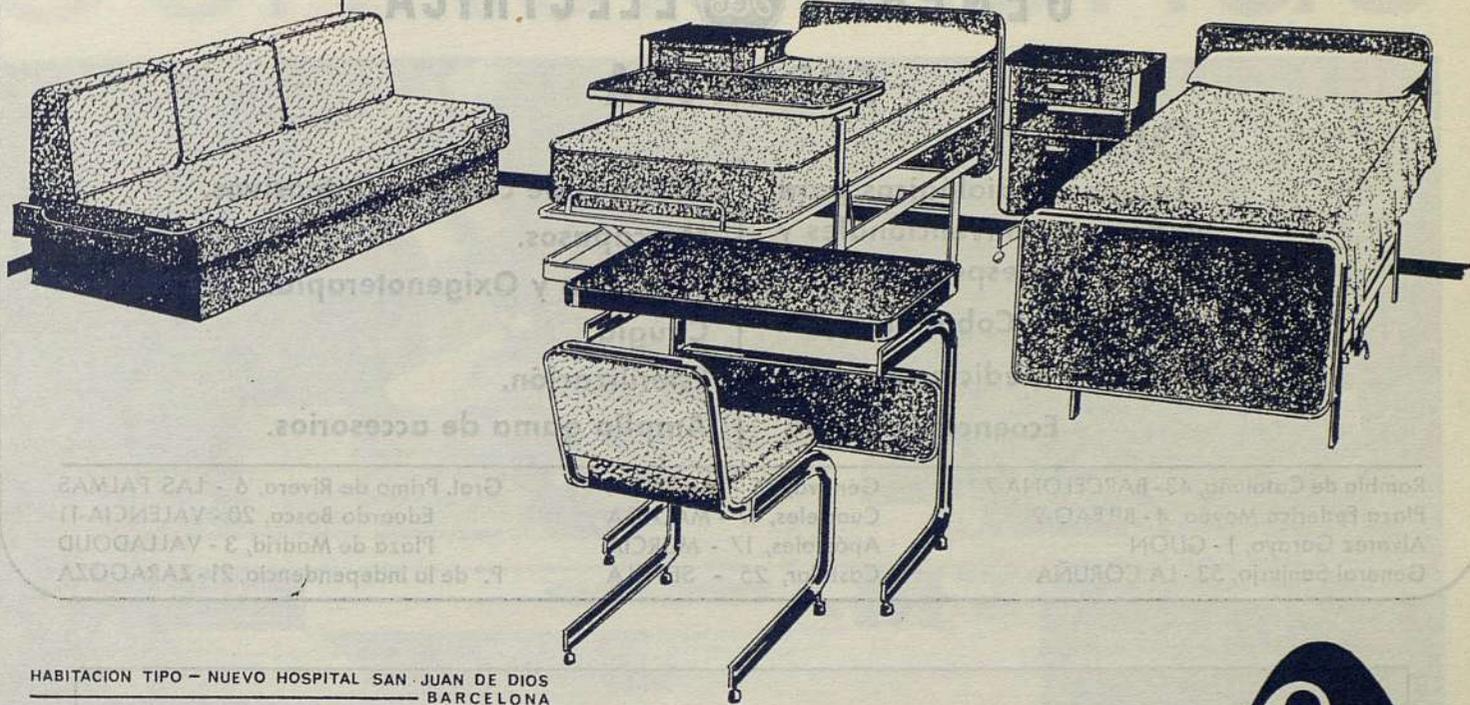
Gral. Pardiñas, 71, 3º G
MADRID (6)

A. B. STILLE WERNER INSTRUMENTAL QUIRURGICO, MESAS OPERACIONES, ETC.

DOWN BROS INSTRUMENTAL ESPECIAL PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
MICROCIRUGIA
PROTESIS PARA OIDO INTERNO DE TEFLON Y POLIESTER
LUZ FRIA
APARATO PARA «TEST» GRAN CALORIC

SYNTHESES MATERIA PARA LA OSTEOSINTESIS E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION DE LA MISMA, TECNICA A.O. (PROFESOR MULLER)

PROTEK AG PROTESIS TOTALES E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION DE LAS MISMAS (PROFESOR MULLER)



HABITACION TIPO - NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
BARCELONA

mobiliario clinico



CAMAS ARTICULADAS
 CAMAS HIDRAULICAS
 COLCHONES ARTICULADOS
 MESILLAS DE NOCHE
 CAMAS DE ACOMPAÑANTE
 SILLAS
 ALMOHADAS

COLABORANDO CON LOS CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES, FLEX CREA LO MEJOR



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Ofrece:

Equipos Radiológicos para
exámenes convencionales y
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1 - GIJON

General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4

Cuarteles, 47 - MALAGA

Apóstoles, 17 - MURCIA

Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS

Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11

Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID

P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.



SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

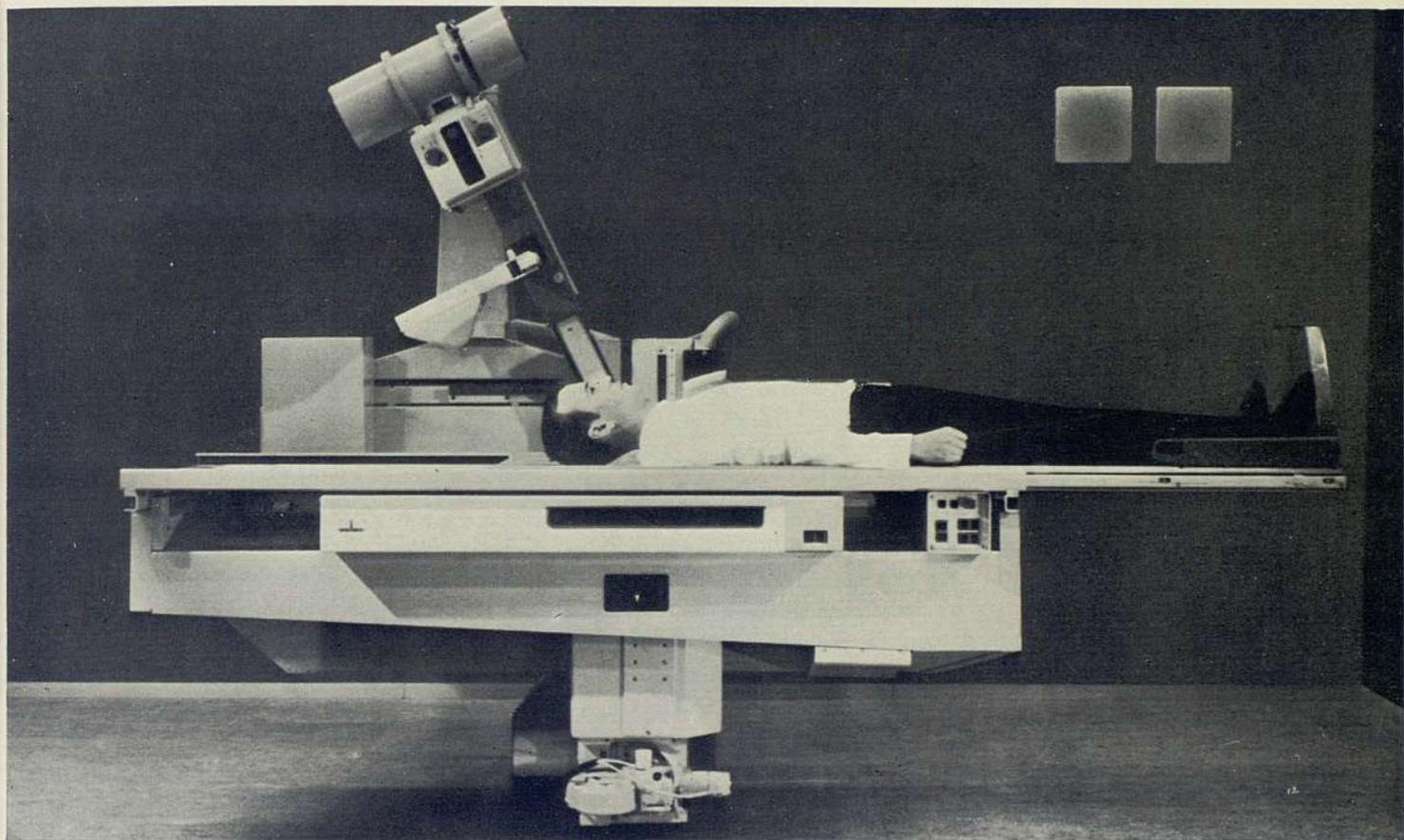
Teléfono 219 92 41

Barcelona 3



SIEMENS

Con telemando



Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático del intensi-
ficador en caso de radiación oblicua,
con lo cual se evita el desplazamiento
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica
con telemando,
para exigencias máximas

SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA
ESPAÑOLA, S.A.
Madrid 4, Fuencarral, 45, 5º

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 2223096

Barcelona 10