

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

LA LABOR HOS PITALA RIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 30. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1977
Número 163. Volumen IX

Consejo de Redacción

Director
ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes
Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores
Gestión Hospitalaria
José M.^a Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eserverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Ética Sanitaria
Gabino Gorostieta

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

Administración, Publicidad
y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 17

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

Sumario

LH opina

- 4 LA REFORMA SANITARIA

Organización de hospitales

- 7 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL (II)
Por el doctor J. Plaza Montero
- 13 FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA
DE LOS AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS
Por Josefina Escós
- 16 EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL EN EL HOSPITAL
Por José M.^a Sostres

Pastoral hospitalaria

- 19 EL CAPELLÁN, AGENTE DE LA PASTORAL EN EL HOSPITAL
Elaborado por el Secretariado de Pastoral Hospitalaria
- 25 COLABORACIÓN ENTRE CAPELLÁN Y RELIGIOSA
EN EL HOSPITAL
Por Ytalo Martinelli
- 29 EN COMUNIDAD PARA ANUNCIAR EL EVANGELIO
A LOS ENFERMOS
Por Ángel Perulán, O. H.

Temas de divulgación médica

- 34 QUÉ SIGNIFICA LA RONQUERA
Por el doctor Pedro Clarós
- 36 EL LUGAR DEL VOLUNTARIADO
EN LA TERAPIA DEL ENFERMO HOSPITALIZADO
Por C. Maitre Du Chambon

Noticiario

- 38 HOSPITALES
- 42 PASTORAL
- 47 REVISTA DE REVISTAS

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.13

LA REFORMA SANITARIA

Desde hace unos meses el tema de la reforma sanitaria es tratado desde distintos ángulos y por diferentes sectores de la sociedad española.

Algo debe de entrañar tal tema cuando tan profunda resonancia produce.

Hasta ahora, era algo latente, que se deseaba, y de una forma, un tanto vergonzante, se trataba entre los profesionales de la sanidad o de la planificación hospitalaria. Pero ahora parece ser que su eco, ya no se limita a los profesionales de un solo sector. Ya no son sólo los médicos o la Administración los que hablan de tal reforma.

Son también las enfermeras, ATS, los profesores de Medicina, los MIR, los Colegios de Médicos, las Asociaciones de vecinos, los sociólogos, los pocos sociólogos de la Medicina que existen, los políticos y hasta los obispos en la Conferencia Episcopal reunida en los finales de 1976.

Algo sustancial puede cambiar en esta reforma que afecta e interesa a tantos. Y es que la Salud Pública es un bien de primera necesidad. ¿Qué puede interesar tanto a un país, como el que sus ciudadanos gocen de una buena salud? ¿No está todo lo demás, todos los otros derechos, detrás de ese?

Los primeros atisbos de que algo iba a cambiar ya los tuvimos hace 14 años, con la Ley de Hospitales que intentaba coordinar algo tan disperso como la Sanidad española. Pero el reglamento que debía instrumentar esa ley nunca vio la luz, quedó en aborto y ha supuesto únicamente un deseo de perfeccionamiento que a muchos habrá iluminado, y a muchos confundido, al tratar de forma tan minuciosa problemas que hoy se ven, pero años atrás eran pura entelequia.

Las cosas a lo largo de estos 14 años no mejoraban se iban posponiendo los problemas y se seguía un sistema de mantenimiento del «statu quo» esperando quizás que el tiempo solucionase unos e hiciese olvidar otros.

Últimamente, quizás al permitir una mayor expresión de la opinión pública, han salido al exterior y con mayor virulencia todos estos problemas.

La estructura de la Seguridad Social, su financiación y su organización, la insuficiencia del sistema, las medicinas marginales, la medicina para pobres, para ricos y para trabajadores, el pluriempleo de algunos médicos y la falta de trabajo para otros, la falta de coordinación entre Medicina preventiva, curativa y rehabilitadora, la inexistencia de una política sanitaria única, la centralización de la existente, etc., son otras tantas heridas de nuestro sistema sanitario que conviene restañar.

Durante el paso de Fraga Iribarne por el Ministerio de la Gobernación, se dio un impulso importante al tema de la Reforma Sanitaria. Se dieron a conocer las conclusiones de la Comisión Interministerial nombrada al efecto. En repetidas ocasiones, hizo declaraciones referentes a la Reforma en las que se veían delinearse unas pautas concretas de actuación en este campo e incluso se habló de la creación de un Servicio Nacional de Salud que englobase la asistencia a todos los españoles sin discriminación. En la inauguración de algún centro de salud comarcal se habló también de la coordinación de tales centros con los de las capitales, con lo que se esbozaba una futura Regionalización. Pero ninguna determinación se llevó a cabo al efecto. Los problemas políticos en general, la crisis del Gobierno y la nueva estructuración del mismo con diferentes líneas de actuación, nos ha vuelto a sumir en el letargo y a sepultar los inicios de reforma sanitaria en el fondo de nuestras ilusiones.

Los acontecimientos relacionados con el mundo sanitario, sin embargo, se siguen sucediendo, y siguen poniendo en evidencia la urgencia de atacar el problema definitivamente.

El conocimiento de los costes de la Seguridad Social, el derroche de la gran partida correspondiente a gastos de farmacia sin que se pueda justificar ni el 50 % de su utilización correcta, la realidad del incremento progresivo de los costes hospitalarios, la inexistencia de cubrimiento para muchos casos de enfermedad por parte de la Seguridad Social entre los que destaca lacerantemente el de los enfermos mentales, el mayor coste de las instituciones propias del Instituto Nacional de Previsión sobre los hospitales privados con el mismo nivel asistencial, son otros tantos interrogantes que hacen cuestionar la actual organización de tal Institución.

Las reivindicaciones de médicos jóvenes y de ayudantes técnicos sanitarios a los que se han unido el resto del personal hospitalario e incluso algunas asociaciones de vecinos, son también interrogantes sobre los actuales sistemas de formación, de promoción y remuneración de los profesionales de la Sanidad.

Nos encontramos, pues, de nuevo, ante un replanteamiento derivado de los hechos reales, de la conveniencia de resolver el problema sanitario español.

A nivel político es seguro que cada grupo, más o menos estructurado, estará considerando su opción por un sistema u otro de política sanitaria. Y en tal planteamiento es lógico que no sólo van a intervenir médicos, lo harán también enfermeras, sociólogos, economistas, higienistas, arquitectos, y otros

muchos profesionales de distintos campos a los que afecta el sector sanitario de una u otra manera.

Ya está en la calle algún libro con el tema concreto de la Reforma Sanitaria, en el que se tocan todos estos temas que aquí hemos esbozado.

Pero lo que desde estas líneas queríamos decir es que quienquiera que trate de resolver el problema, lo haga no como profesional exclusivamente, mirando sólo los condicionamientos que produce en su sector de actuación, sino sintiéndose al mismo tiempo, paciente en potencia, intentando defender ante todo lo que haya de ser un bien para el enfermo.

Ciertamente que el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los profesionales repercutirán sobre el tratamiento del paciente en definitiva, pero creemos que debe ser lo primero, la mejor atención al enfermo. Y si se consigue ésta teniendo en cuenta que la salud es «el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad», habremos dado un paso importante en la mejora de nuestro sistema sanitario.

Nuestra petición desde estas líneas es que se emprenda una reforma completa, en la que se tengan en cuenta tanto las necesidades del personal sanitario como las del no sanitario, en la que se atienda no sólo a las exigencias del actual profesional sino a las del futuro, planificando los estudios y orientando la formación continuada.

Una reforma en la que se unifiquen la Médica preventiva, curativa y rehabilitadora, y en la aplicación de la cual no tenga trascendencia el status social del paciente.

Una reforma en la que se busque el bien integral del paciente, y ante el cual queden relegados a segundo término todos los otros problemas.

Una reforma en la que nadie quede marginado, que abarque tanto al anciano, como al minusválido y se atienda a sus necesidades somáticas, psíquicas, sociales y espirituales.

Una reforma en la que se respete la libertad del paciente a elegir, aunque sea de forma parcial, su médico y la institución asistencial en la que debe ser tratado.

Una reforma en la que todos los implicados en el problema y todos los ciudadanos en general, tanto de zona urbana como rural, puedan controlar el sistema y corregir las inevitables desviaciones que en el mismo se produzcan.

Una reforma en la que se consiga un organismo unitario, Ministerio de Sanidad o similar, que marque una política de salud, más que de enfermedad, y basada únicamente en el bien del enfermo, no en dar una apariencia de bienestar a nivel internacional, pero sin resolver los verdaderos problemas, en profundidad.

Deseamos que tal reforma, pueda ser un logro en breve tiempo y que todos los implicados en ella podamos prestar nuestra colaboración a la misma.

Organización de hospitales

CARACTERISTICAS GENERALES DEL HOSPITAL

II

ASISTENCIA COMPLETA DEL HOMBRE ENFERMO

Decíamos en el artículo anterior que, estudiados en la planificación del hospital los tres pilares básicos representados por:

- la experiencia hospitalaria propia
- las necesidades sanitarias de la población
- y los recursos disponibles,

podríamos pasar a considerar una serie de características generales a asignar al hospital en las que han de ir implícitas las metas generales del mismo. Tales características generales las señalábamos como:

- definición del hospital
- dependencia
- funciones hospitalarias
- límites funcionales
- ámbito de actuación
- capacidades
- tipo de pacientes a asistir.

Porque es indudable que ello no ha de representar otra cosa que el tender a alcanzar la meta fundamental y concreta que debe presidir toda organización de hospitales.

Asistencia completa del hombre enfermo que por una parte sea científicamente lo más perfecta posible y por otra abarque todas las facetas humanas:

- esfera física
- esfera psíquica
- esfera espiritual
- esfera social

cuyo conjunto compone al ser humano situado en su entorno y no aislado como una entealequia.

DEFINICIÓN DEL HOSPITAL

El hospital infantil lo definimos como un conjunto de equipos humanos y servicios dispuestos para la atención del niño enfermo desde su nacimiento hasta los 18 años con una unidad de Maternología aneja en la que atender los problemas antenatales del embarazo y parto, así como la patología femenina que constituye la materia de la Ginecología.

Y en esta definición del hospital surgen dos conceptos que merecen ciertamente un comentario.

Uno de ellos es el marcaje de los límites cronológicos de la edad infantil.

Es indudable que en uno de los extremos de la edad de la infancia, en el comienzo, existe un hecho que define y limita de un modo concreto la misma: es el nacimiento. Sin embargo aun este hecho que se muestra tan claro en apariencia, cuando lo miramos a la luz de los procesos biológicos no resulta tan definido. El parto no es más que un acontecer, un simple cambio de ambiente, en el devenir biológico de un ser que ha tenido su inicio en el momento de la fecundación, cuando tuvo lugar la fusión del núcleo del espermatozoide con el del óvulo. En esto vamos a encontrar uno de los puntos de apoyo del segundo concepto que expondremos posteriormente: la existencia de una unidad aneja de Maternología.

En el otro extremo de la edad infantil vamos a encontrar las máximas dificultades para su definición.

En efecto, si consideramos al niño como el ser humano en crecimiento comprenderemos cómo son inadmisibles límites como el marcado por la Seguridad Social en España, de los 7 años. A esta edad no existe el más mínimo acontecer que pueda servir de base a considerar el final de la edad infantil.

Más adelante, hacia los 14 años y con cierta antelación en las niñas respecto a los niños, observamos un acontecer biológico mucho más definido: la pubertad. El despertar biológico de un nuevo equilibrio neurendocrino que tiende a la puesta en marcha de las funciones sexuales resulta ciertamente un límite bastante concreto, sobre todo en la niña con la menarquía o inicio de la descarga periódica menstrual.

Un gran número de escuelas admite éste como límite final de la infancia. Pero aún restan grandes e importantes sectores del crecimiento, esa función que hemos marcado como definitoria de la edad infantil.

De todos es conocido cómo es precisamente después de la pubertad cuando tiene lugar el *estirón* o crecimiento estatural más acelerado después del primer año de la vida.

Pero además es en los años inmediatamente posteriores a la pubertad cuando se alcanza ese crecimiento psíquico que le permite al ser humano disponer de un sentido de conocimiento de su propio ser dentro del universo y de un auto-dominio de sus impulsos e inclinaciones que le han de permitir la convivencia social independiente.

Pero sobre todo la misma trascendencia del proceso puberal que tiene su inicio en la edad infantil y que culmina en la adolescencia, creemos que justifica la necesidad de no interrumpirla en su atención con un cambio brusco de la actuación médica.

Por todas estas razones nosotros hemos llevado hasta los 18 años el límite de edad de nuestras atenciones para con el niño, conscientes de que puede ser considerado como exagerado para ciertas personas e incluso insultante para el propio ser objeto de nuestras inquietudes.

Decíamos anteriormente que el otro concepto a comentar, derivado de la definición asignada a nuestro hospital, era el de situar como aneja al mismo una unidad de Maternología. La justificación y ventajas de tal simbiosis no resultan sin embargo, demasiado necesitadas de apoyo y justificación.

El Decálogo del hospital
San Juan de Dios es una serie de normas deontológicas en el que se basa la filosofía y práctica asistencial de dicho hospital.

Con estas normas queremos manifestar nuestro deseo y decidido propósito de tener en cuenta el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, todas aquellas facetas que afectan su personalidad al enfermar: la corporal, la psicológica, la social y la espiritual. Estamos seguros que su puesta en práctica contribuirá a la necesaria humanización de la asistencia hospitalaria.



El hecho señalado anteriormente de que la vida biológica del niño comienza en realidad en el momento de la concepción, nos lleva a extender la influencia del médico dedicado a la atención de los niños hasta los períodos de la gestación y el parto. Es indudable que la actuación en equipo del tocólogo y del pediatra que culminará en la atención perinatólogica, no representa sino las máximas ventajas. Y una de estas de trascendencia suma, la posibilidad de atención inmediata en las mejores condiciones, del recién nacido con problemas.

Derivados de ellas y con objeto de no hacer parcial la atención a la madre ni la actuación del maternólogo, la conveniencia de completar la actuación tocológica con una atención ginecológica que abarque desde los problemas de la propia pubertad, pasando por la patología de los órganos genitales femeninos, la patología mamaria, la esterilidad conyugal y llegando incluso a los problemas de la menopausia y del climaterio femenino.

DEPENDENCIA DEL HOSPITAL

Resulta de gran trascendencia en la organización hospitalaria la definición concreta de este punto, que ha de influir de una manera decisiva en toda su actuación posterior e incluso en el completar su propia definición.

Nuestro hospital, como otros muchos repartidos por la geografía española es un hospital perteneciente a la Orden Hospitalaria de los Hermanos de san Juan de Dios.

La Orden Hospitalaria, administradora de los recursos que le proporcionan las aportaciones de la población en forma de limosnas, donaciones, legados, etc., promueve, impulsa y orienta la creación de unos Hospitales o Casas a las que concede personalidad propia, aunque limitándolas en su actuación por las propias

constituciones de la orden y por la necesidad de obtención de un permiso especial para todo lo que represente transformación sustancial de Patrimonio y Orientación.

Pero la Orden Hospitalaria en España está organizada en tres provincias distintas y totalmente independientes: Andalucía, Castilla y Aragón. En cada una de estas Provincias existe la Curia Provincial y dependientes de ella una serie de casas de la Orden en las que vive una comunidad de Hermanos más o menos numerosa. Hasta hace no muchos años fácilmente era confundida la Casa y el Hospital. Pero con la complejización de estos hospitales ha surgido la necesidad de la definición de ambos.

Y de todos estos hechos se ha desprendido la realidad de que nuestro hospital de Barcelona depende de una Entidad Rectora constituida por la Curia Provincial de la Provincia de San Rafael Arcángel de Aragón la cual ha nombrado como su representante en el Hospital al Prior de la Comunidad de Hermanos que viven en la Casa de la Orden de Barcelona, al que constituye en Presidente de la Junta de Gobierno.

Marcada así, de una manera concreta, la dependencia del Hospital, se hace necesario completar la definición del mismo que enunciábamos en el apartado anterior.

El Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona es un hospital privado, dependiente de la Curia Provincial de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios y que por tanto se declara explícitamente como Hospital confesional Católico.

Cuando un hospital, sin que ello signifique la menor capacidad de actuación independiente de la orden, adquiere una complejidad tal que obliga a la integración de múltiples y diversas personas ajenas a la misma, debe marcar bien estas características que le permitan no apartarse en ningún momento y ni en el más mínimo detalle, de las más estrictas normas de la moral católica así como ha de seguir las más claras sendas de la deontología profesional.

FUNCIONES HOSPITALARIAS

Las funciones hospitalarias han de quedar establecidas por la propia definición del Hospital: atención integral del paciente.

Será, pues, función del hospital el llegar al conocimiento del trastorno que ha apartado al paciente de su normalidad anatomofisiológica mediante el estudio del estado fisiopatológico del paciente, de los mecanismos patogénicos que le han conducido desde el fisiologismo normal hasta la nueva situación fisiopatológica así como de las causas etiológicas que han desencadenado dicho cambio. En pocas palabras: es función del hospital el diagnóstico de los procesos morbosos que aquejan a los pacientes.

Resulta asimismo función primordial del hospital el establecimiento de unas actuaciones de tratamiento que permitan a los pacientes, dentro de lo posible, el volver a la normalidad anatomofisiológica con el menor deterioro de sus capacidades. Se trata de la función terapéutica.

Una tercera función hospitalaria que se desprende de las anteriores es la información a la familia y en su caso al propio paciente sobre el curso previsible del proceso morboso tanto espontáneo como bajo la influencia de nuestras actuaciones terapéuticas, así como de las posibilidades de las mismas. Se trata de la función pronóstica. Es ésta una función primordial en la que mayor humanización puede darse a la función asistencial y que va a representar el timbre de la actuación hospitalaria si en un simil acústico asignamos el tono al diagnóstico y la intensidad a la terapéutica.

En muchas ocasiones, bien por el propio proceso morboso, bien por circunstancias independientes del mismo vamos a encontrar pacientes en los que sus capacidades funcionales se encuentran disminuidas. Será sin duda función hospitalaria, el intentar llevar estas capacidades hasta los límites deseables de la normalidad. Se tratará en este caso de la función rehabilitadora.

Y no cabe la menor duda de que durante toda la actuación del Hospital en sus funciones anteriores, el paciente requiere una atención general básica en sus necesidades, atención que por otra parte se encuentra fuertemente condicionada por las circunstancias de su enfermedad. Se ha de tratar de una función fundamental y compleja si consideramos que no sólo se trata de sus necesidades fisiológicas elementales, sino de sus necesidades psíquicas de intimidad, comunicación, distracción y formación. Esta atención básica va a constituir una de las funciones fundamentales de la enfermería.

Todas las funciones que hasta aquí hemos expuesto pueden ser consideradas como las funciones básicas, esenciales o directas del hospital. Pero junto a ellas existen otra serie de misiones que podríamos catalogar de indirectas ya que derivan de la necesaria e imprescindible integración del hospital en la sociedad a la que sirve, en su organización sanitaria y, en general, en las estructuras médicas del país.

En este aspecto destacan tres funciones del hospital que sin ir directamente dirigidas al paciente, tienden a la elevación del nivel sanitario del país.

La primera es el apoyo y contribución a las campañas y procederes profilácticos en la lucha por evitar las enfermedades.

La segunda el apoyo y coordinación perfecta con la medicina extrahospitalaria, medicina ambulatoria de médicos aislados, equipos médicos o centros primarios de atención al paciente.

La tercera es la de contribuir y servir de base en la formación del personal sanitario en general, no sólo del que pueda ser integrado a su propio servicio, sino de aquel que pueda ir a desarrollar su función en otros ámbitos sanitarios.

Bajo estas perspectivas se comprende cómo las funciones hospitalarias han de desarrollarse en tres frentes fundamentales:

- asistencia
- docencia
- investigación

que deben ser cubiertas por cualquier hospital que se precie de tal aunque, como es lógico, el nivel de todos y cada uno de ellos estará condicionado por la propia naturaleza y recursos del hospital.

Para poder llevar a cabo de la manera más perfecta posible todas las funciones descritas, el hospital debe ejercer su actividad en tres aspectos o condiciones de los pacientes:

- internados
- ambulatorios
- urgentes

y todos estos aspectos se encuentran como muy entrelazados entre sí y necesariamente equilibrados.

Al propio tiempo no se trata de funciones distintas del hospital, sino que deben estar íntimamente ligadas, llevadas a cabo de una manera unitaria y condicionada únicamente por las circunstancias de los pacientes y de los procesos morbosos que motivan la asistencia.

LÍMITES FUNCIONALES

Descritas en el apartado anterior las funciones hospitalarias de una manera general se nos muestran como muy amplias, complejas y prácticamente sin límites.

Pero los hospitales que han de servirlos resultan en todos los casos limitados en sus capacidades y en sus recursos.

Por ello y con objeto de lograr la máxima eficacia en su función, el hospital debe ser consciente de sus propias limitaciones y debe integrarse en una red sanitaria adecuadamente coordinada.

Tales limitaciones funcionales vendrán derivadas unas veces de las posibilidades de atención de los pacientes en Centros sanitarios o equipos médicos de estructura menos compleja. En efecto, el hospital debe procurar evitar la atención a pacientes cuyos problemas puedan ser atendidos en régimen extrahospitalario. Aunque no hubiera otras razones, bastaría la consideración de tener dispuestos sus recursos para la atención de procesos que realmente los requieren. La atención hospitalaria, incluso la ambulatoria, debe ser, en todos los casos, complemento de una actividad asistencial extrahospitalaria debidamente coordinada y apoyada por el propio hospital.

En otras ocasiones las limitaciones en la función hospitalaria vendrán impuestas por la especialización. Es indudable que dentro de su campo de actuación, el hospital debe procurar abarcar el máximo de funciones. Pero la ciencia médica en los momentos actuales ha alcanzado tal complejidad que ha hecho necesaria e imprescindible la especialización. El hospital debe desarrollar en lo posible el máximo de ramas de su campo, pero ciertas técnicas o procedimientos por la poca frecuencia de su utilización requieren la concentración en un solo centro, al servicio de un grupo de hospitales. Hemodiálisis extracorpórea, hemodinámica, metatrón, scanner, etc., son ejemplos aplicables a todos los hospitales incluso los de más alto nivel. Ello obliga en ocasiones a coordinar su aplicación en los propios pacientes del hospital fuera del mismo y en otros casos incluso al traspaso del paciente a otro centro donde pueda ser adecuadamente atendido.

En otras ocasiones la limitación en las funciones hospitalarias vendrán impuestas por el nivel asistencial en el que esté estructurado el propio hospital, una meta fundamental que debe regir siempre en la organización hospitalaria es la del perfecto equilibrio que debe alcanzar siempre la función del hospital con los recursos de que dispone. Si la naturaleza del proceso morboso que padece el paciente requiere por ejemplo, una atención intensiva para la que no está dispuesto el centro, debe buscarse una perfecta coordinación con centros adecuadamente preparados por estar a otros niveles de función. Este equilibrio entre la función y los recursos es el que dará verdadera *eficiencia* a la función hospitalaria cuya *eficacia* se perseguirá por el perfeccionamiento técnico.

Un último límite puede hallarse a las funciones hospitalarias. Es el de la saturación de sus propias capacidades funcionales. Es indudable y de ello trataremos en próximos apartados que todo hospital ha de marcarse unas capacidades máximas que condicionen un funcionamiento óptimo. Cuando dichas capacidades llegan a alcanzar cotas excesivamente elevadas por encima de los niveles óptimos y a acercarse excesivamente a los niveles máximos, la función hospitalaria es realizada sin la serenidad, atención y prudencia que requiere y además ha de ir necesariamente en detrimento de misiones de formación del personal y de investigaciones que, como decíamos al comienzo, resultan imprescindibles.

Para evitar el llegar a estas situaciones debe coordinarse adecuadamente con otros centros sanitarios y apoyar e impulsar a centros secundarios y a todo tipo de organizaciones sanitarias que condiciona una adecuada atención sanitaria de la zona de influencia del hospital.

Hemos señalado ya, dentro de las limitaciones funcionales, ciertos aspectos de capacidades del hospital y de ámbitos de actuación del mismo cuyo estudio y consideración requiere meditaciones especiales y que dejaremos para el próximo artículo.

J. PLAZA MONTERO

Médico Director del Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona

FORMACION TEORICO-PRACTICA DE LOS AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

QUEHACER DE UNA ESCUELA DE ENFERMERAS

El quehacer de una Escuela de Enfermeras tiene como centro a las alumnas, y se orienta a desarrollar en ellas las capacidades y actitudes potenciales que debemos suponer poseen por el simple hecho de haber recibido esa especie de *llamada* sin la que sería tan difícil ejercer la profesión con altura y dignidad.

En la enseñanza de la enfermería, el atractivo propio de la labor docente se ve reforzado por el dinamismo que caracteriza al sector de la ciencia y a la profesión en que se centra. Recordemos que, en efecto, se trata de formar profesionales, cuyo status dista mucho de aquel «oficio poco definido y socialmente no muy bien visto» de que hablaba Florence Nightingale.

Voy a limitarme a exponer diversas consideraciones relativas a los aspectos teórico y práctico de la formación de las enfermeras. Son fruto de una experiencia de años en este quehacer, y confío en que reflejen de alguna manera los objetivos y el *estilo* de esta escuela.

FORMACIÓN TEÓRICA

Los contenidos de la formación teórica son los correspondientes a las asignaturas de los tres cursos que comprende la carrera, si bien he de decir que se revisan con cierta periodicidad, para lo cual se cuenta con el asesoramiento de los profesores de la Facultad de Medicina que integran el profesorado de la Escuela.

Se insiste a las alumnas acerca de la necesidad de que estudien racionalmente las materias, en vez de limitarse a memorizarlas, haciéndoles ver que de otra manera no podrían cumplir su función específica de colaboración con el médico; y que, aunque los conocimientos médicos que han de adquirir son menores que los de un licenciado en Medicina, la enfermera no es ni un médico frustrado ni —en el extremo opuesto— un *minimédico*, sino que ejerce funciones peculiares, perfectamente definibles.

Se procura dar a las alumnas una formación integral, para lo cual se les pone en contacto con áreas del conocimiento y con problemas que no forman parte de un plan de estudios convencional. Ello se hace por medio de conferencias, a cargo de profesores de distintas

Facultades, coloquios, convivencias, etc.; y responde a la convicción profunda, que la Escuela tiene, de que es fundamental formar personas con la mente abierta, capacitarlas para que desarrollen sus gustos personales, procurarles un conocimiento del mundo en el que viven, infundir en ellas la conciencia clara de que el saber no admite techumbre y evita el riesgo de pactar con la mediocridad. Es un grato deber de justicia agradecer aquí su colaboración, en este tipo de tareas, a los profesores de todas las Facultades de la Universidad.



La formación teórica se imparte de manera que sus resultados no sean simplemente la adquisición de conocimientos y el desarrollo de aptitudes intelectuales: se procura, además y muy fundamentalmente, motivar el sentido de responsabilidad de la alumna, consolidar sus ideales, ayudarle a descubrir las características profundas del trabajo que ejercerá en su día, y la naturaleza del hombre al que prestará servicios. Nos esforzamos por que vean que si nuestro saber se concibiera como un instrumento útil tan sólo para la curación de un cuerpo enfermo, habríamos equivocado nuestro camino, pues en nada nos diferenciaríamos del veterinario que trata de salvar la vida al caniche de una célebre actriz. Nuestra vocación profesional —y subrayo la palabra vocación—, repleta de nobles ideales, no es ejercible si únicamente se poseen conocimientos reducibles al hueco cascarón de las habilidades técnicas. Aprendemos, no por el deseo exclusivo de saber, sino para hacer; y la naturaleza de este hacer nos es bien conocida: Marañón, en uno de sus célebres ensayos, etiquetaba el trabajo de las enfermeras como *vocación de amor*, por contraposición al de muchas otras profesiones a las que llamaba *vocaciones del querer*. En estas últimas —decía— hay un equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe; en las *vocaciones de amor* el darse es todo, lo que pueda percibirse como contrapartida no entra en consideración. Sabemos que nuestra profesión tiene como objeto el hombre enfermo, y no la enfermedad del hombre; y esta realidad hace que nuestro quehacer cobre matices trascendentes, porque el hombre concreto que se nos confía es un compuesto de alma y cuerpo, lo que nos obliga a orientar nuestro quehacer de acuerdo con una jerarquía de valores muy precisa, a adoptar unos modos de hacer y un tono que no desdigan de la dignidad real del hombre enfermo al que cuidamos.

Todo esto debe llegar a ser consustancial con la actitud de las alumnas. Por ello, esta *filosofía* preside la actuación de todas las personas que colaboran en su formación. Las alumnas reciben clases convencionales sobre las asignaturas del plan de estudios; éstas se completan con las que reciben de las instructoras, que se imparten siempre en grupos reducidos; pero lo que quiero destacar como más importante es la orientación individual que reciben las alumnas.

VERTIENTE PRÁCTICA DE LA FORMACIÓN

De la vertiente práctica de la formación, señalaría únicamente algunos rasgos de los modos de hacer que intentamos inculcar a las alumnas desde el momento mismo en que toman contacto con el primer enfermo.

Se le hace ver, ante todo, que el paciente no es un simple ejemplo vivo del conjunto de órganos que vieron en los libros y aprendieron, sino que es una persona, un ser racional, el miembro de una familia y de una sociedad determinadas.

Se les inculca la idea de que servir debe estar en el primer plano de nuestras preocupaciones, sin reparar excesivamente en lo fatigoso que pueda ser en ocasiones. Las alumnas lo entienden. Recuerdo, a este propósito, el comentario que me hizo una alumna al estrenar su turno de mañana un día muy frío del invierno: «¡hay que ver lo duro que es nuestro trabajo!». Le tocó aliviar las molestias a un enfermo que había sido intervenido el día anterior, lo que indudablemente fue duro de verdad; pero, después que lo hubo hecho, me comentó con gesto de satisfacción: «¿sabes?; no me importa absolutamente nada el haber madrugado».

Tenemos la preocupación constante de evitar que las alumnas caigan en la rutina. He ido al diccionario y me he encontrado con que define la rutina diciendo que es el «hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin razonarlas». La verdad es que todas corremos siempre riesgo de adquirir este hábito, porque el ser humano se acostumbra a todo, incluso al dolor ajeno. Pero la rutina se evita si sabemos poner cada día el corazón en los asuntos que tenemos entre manos. Y hemos de procurar con toda el alma que la alumna aprenda a hacerlo; para lo cual no conozco procedimiento más eficaz que el que nos vean actuar con corazón, respetando al enfermo, sin permitirnos ni permitir concesiones en lo pequeño, corrigiendo a las alumnas en el acto con naturalidad y con cariño. Hay que ayudar para formar; no hay que cansarse de fomentar en las futuras enfermeras la sinceridad, la alegría, el buen carácter, el gusto por el esmero en la presentación, y todo un conjunto de esas virtudes humanas que son tan apreciadas por quienes se ven encomendados a nuestro cuidado.

Velar por los detalles es fundamental, y exige una atención muy cuidadosa. *Está como asustado*, me decía una alumna de tercer curso que había atendido el ingreso de un enfermo; no se percataba de que, tal vez por inexperiencia, le había recibido con el termómetro y el fonendoscopio en la mano, lo que probablemente no es lo más tranquilizador para el paciente en su primer contacto con el medio clínico...

Se les enseña a dialogar con el enfermo. ¡Cómo forma, en la práctica diaria, hablar con el paciente, con naturalidad, de cosas que sabemos que son de su interés! Existe, a veces, el temor de invadir su intimidad; pero si la conversación no es reflejo de una curiosidad vana, las conversaciones sobre cosas intrascendentes, a las que nos impulsa el deseo de ayudar al enfermo eficazmente, generan muchas veces amistad, y la amistad permite tratar temas que estarían fuera de lugar en un contexto fríamente profesional, que afectan a la vida interior del enfermo. No tengamos miedo a esta palabra: vida interior; porque si ahondamos en las raíces de nuestro quehacer, encontraremos que nuestra formación puede incidir derechamente sobre el fin del hombre. Hay momentos —todas lo sabemos por experiencia— en que la conciencia del hombre,

oscurecida ante la perspectiva del sufrimiento, es incapaz de discernir entre el bien y el mal, y en que su voluntad, demasiado débil, vacila ante las exigencias del deber. Es el momento de poner en práctica —con todo nuestro corazón, firmeza, delicadeza y tacto— la responsabilidad que da el sentido cristiano de la vida. Repito lo que decía al principio: si pretendiéramos exclusivamente la curación del cuerpo, habríamos equivocado el camino.

Pues bien: esta vertiente práctica de la formación de la enfermera es misión fundamental de la instructora, que cuenta con la colaboración de las supervisoras y los médicos de las distintas plantas y servicios.

CONTACTO CON LAS PROFESIONALES QUE VELAN POR SU PREPARACIÓN

Teoría y práctica son dos factores que se complementan. Y quizás el medio que mejor sirve a la alumna para apreciar cómo se integran, es el contacto con las profesionales que han de velar por su preparación. Y porque nadie da lo que no tiene, entiendo que quienes tenemos la responsabilidad de formar a las alumnas, debemos exigirnos muchas cosas. Por ejemplo, hemos de estar al día en las publicaciones relativas al área de nuestro trabajo, porque de lo contrario sería muy difícil proporcionar a las alumnas una orientación bibliográfica adecuada. Hemos, también, de mantener afinado nuestro recto juicio, porque si no lo hiciéramos podríamos —sin pretenderlo— orientar a las alumnas hacia publicaciones cargadas de errores serios. No es preciso, además, esforzarnos para que nuestra conducta profesional sea por completo congruente con lo que enseñamos, pues las alumnas aprenden mucho más por lo que ven que por lo que se les dice. Esta es una razón complementaria para que también nosotras evitemos la rutina; aprendamos a ver en el dolor y en la muerte todo lo que tienen de positivo cuando se contemplan como manifestación del querer o de la permisión providente de Dios, que es Padre; y llevemos hasta el límite máximo de que seamos capaces la delicadeza, la sinceridad, la valentía y la fortaleza de ánimo.

Nuestra profesión —que es la que intentamos enseñar— puede desvirtuarse por la influencia de un ambiente que, con alguna frecuencia, está deteriorado por errores tan graves como sugestivamente presentados. Denunciarlos con fortaleza a las alumnas, y robustecer en ellas las cualidades morales, el recto juicio, y las actitudes necesarias para afrontarlos siempre que su profesión les fuerce a hacerlo, es una tarea mucho más importante y más difícil que la de poner a su alcance el conjunto de conocimientos con los que se integra un plan de estudios.

JOSEFINA ESCÓS

Supervisora del Departamento de Pediatría
de la Clínica Universitaria de Navarra



JOSÉ CRUSET

SAN JUAN DE DIOS una aventura iluminada

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

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

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n
Barcelona 17



EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL EN EL HOSPITAL

Estructura, organización y administración de un departamento de personal y establecimiento de la política de personal en un hospital

PREÁMBULO

El presente artículo, forma parte de un proyecto de información sobre varios aspectos del potencial humano en el Hospital; su forma y presentación en aras de una claridad y comprensión, ha sacrificado lo literario; en próximas ediciones se desarrollarán de forma más amplia, aspectos que en la actual sólo son presentados esquemáticamente.

POSICION Y OBJETO DEL DEPARTAMENTO

El Departamento de Personal será dirigido por un Jefe de Personal que dependerá jerárquicamente de Gerencia y estará dotado del personal suficiente para lograr alcanzar los fines que más adelante se dirán.

Objeto del Departamento de Personal es procurar la utilización óptima de los recursos humanos del Hospital; procurando a la vez el mayor grado de satisfacción posible a sus empleados. Todo ello de forma compatible con el logro de los objetivos generales del Hospital.

FUNCIONES

Principal:

- Definir la política de Personal.
- Hacerla conocer a todo el Hospital.
- Controlar su aplicación y resultados.

Forma de elaborarla

Como instrumento de Gerencia, para su asesoramiento, el Departamento de Personal deberá estudiar las normas que permitan a la Dirección General lograr los objetivos propuestos.

Bases fundamentales: Política de Personal:

- Formación del Personal.
- Promoción del Personal.
- Política de remuneraciones.

- Forma contratación del nuevo personal.
- Control y tratamiento del absentismo.
- Política Social de la Empresa.
- Política de comunicación de la Empresa.
- Planificación de la plantilla.

Implantación de la Política de Personal

Finalidad básica de la implantación de una Política de Personal es impedir que cada una de las Divisiones y Departamentos cree e implante su propia política, aplicando sus criterios personales en la forma de conducción del personal.

Hay que impedir que el personal aun trabajando en una misma Empresa, se sienta más vinculado al Departamento o División en que presta sus servicios, que a la Empresa en sí.

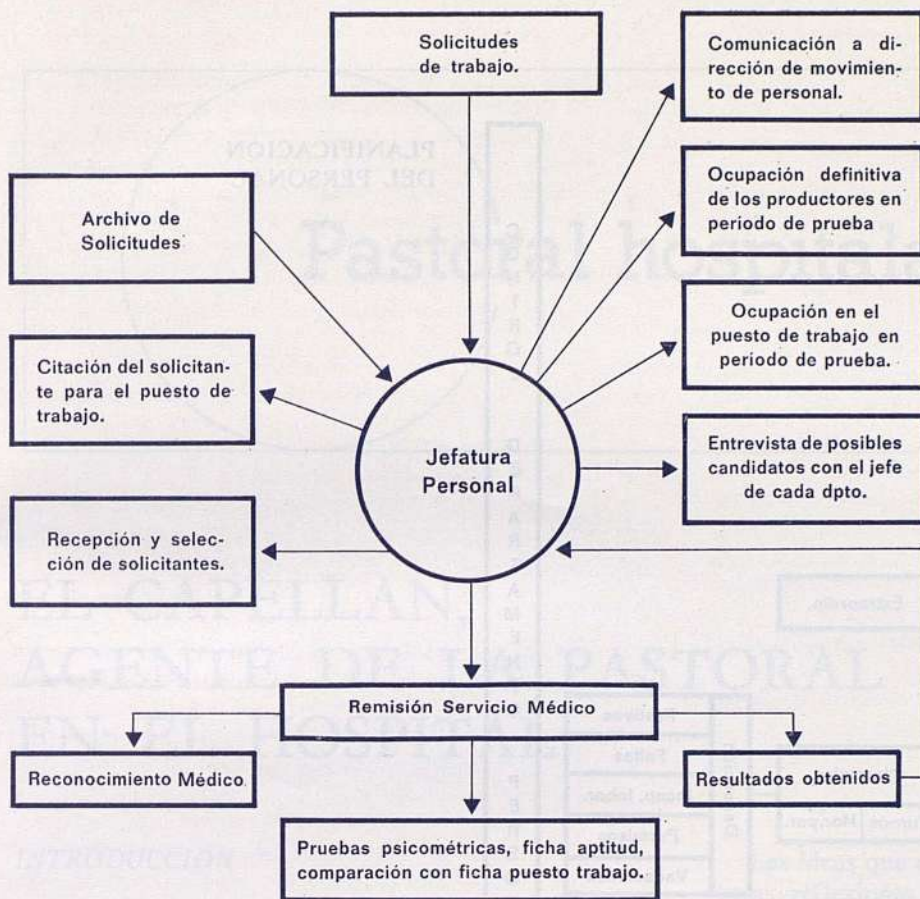
Forma de implantar la Política de Personal

Al no ser el Departamento de Personal, ejecutivo, la implantación será llevada a término por la propia Dirección de la Empresa. Personal cuidará del control de desvíos y mediante comunicación a Dirección procurará su corrección.

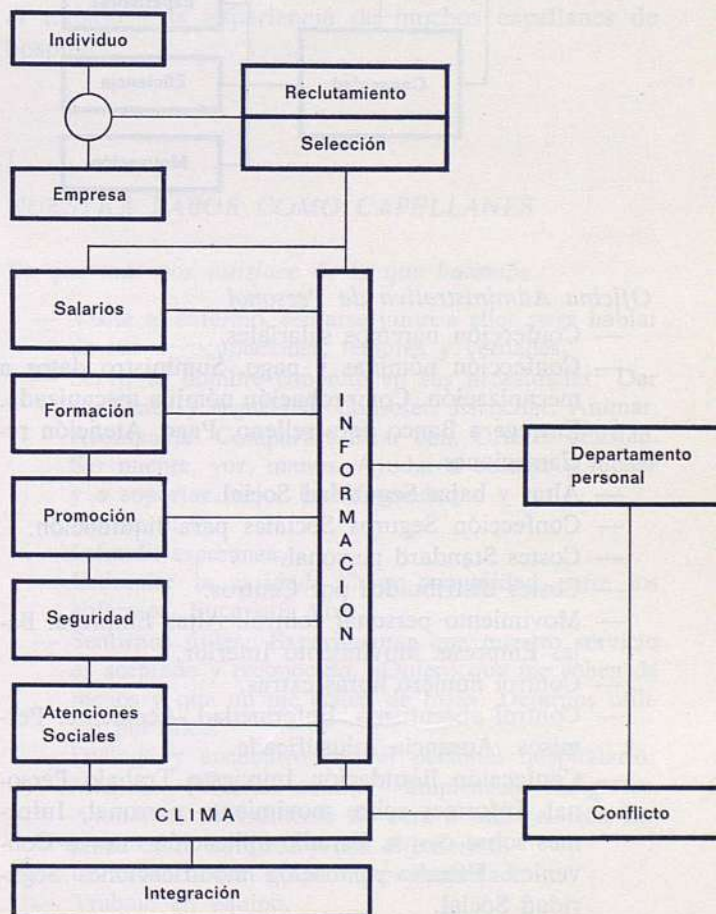
ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Servicios del Departamento de Personal

- Servicio Médico de Empresa.
- Administración de Personal y salarios.
- Política Social: Transportes, Comedores, Sección cultural recreativa, Fondo asistencial, Becas estudios, Préstamos.
- Formación.
- Promoción.
- Selección.
- Contactos oficiales.



CIRCUITO DE INTEGRACIÓN



Organización del Departamento de Personal

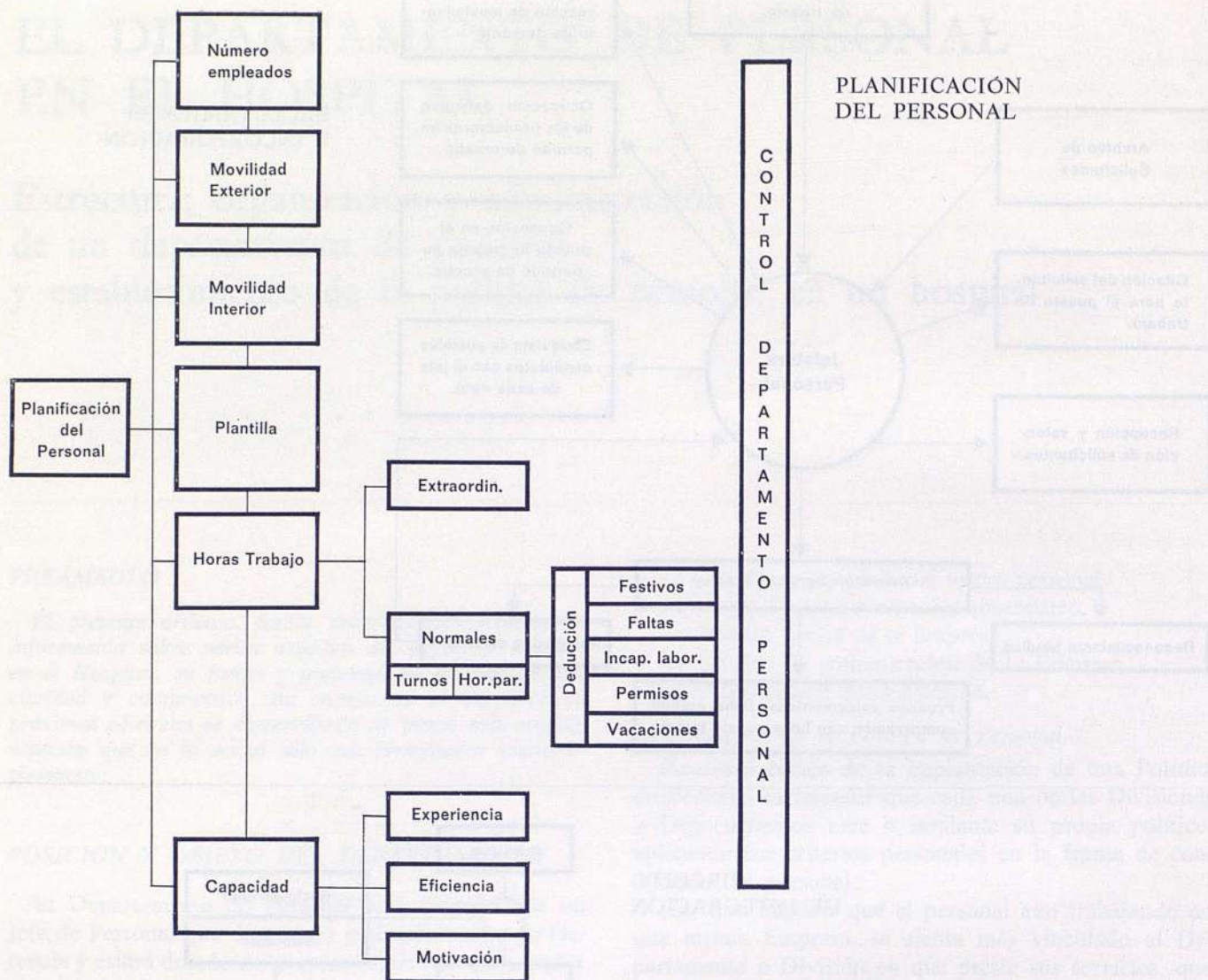
Subunidades o Secciones.

- Oficina Técnica de Personal.
- Oficina Administrativa.
- Secretaría.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES

Oficina Técnica de Personal

- Pruebas de Selección.
- Control de formación.
- Calificación de puestos de trabajo.
- Calificación de méritos personales.
- Bolsa de trabajo del Hospital.
- Bolsa de trabajo exterior.
- Potencial humano del Hospital. Pirámide de edades. Distribución de empleados por Divisiones. Distribución de empleados por ramas profesionales. Confección de normas. Régimen disciplinario.



Oficina Administrativa de Personal

- Confección baremos salariales.
- Confección nóminas y pago. Suministro datos a mecanización. Comprobación nómina mecanizada. Entrega a Banco para relleno. Pago. Atención reclamaciones.
- Altas y bajas Seguridad Social.
- Confección Seguros Sociales para liquidación.
- Costes Standard personal.
- Costes distribuidos por Centros.
- Movimiento personal control. Altas Empresa. Bajas Empresa. Movimiento Interior.
- Control número horas extras.
- Control absentismo. Enfermedad. Accidente. Permisos. Ausencia injustificada.
- Confección liquidación Impuesto Trabajo Personal. Informes sobre movimiento personal. Informes sobre costos. Estudio aplicación nuevos Convenios. Estudio aplicación modificaciones Seguridad Social.

Secretaría de Personal

- Puesta al día del fichero central de personal.
- Servicio asistencial respecto a Seguridad Social. INP. Cambios domicilio. Cambios de médico. Cambios situación familiar. Tramitación prestaciones Nupcialidad y Natalidad pago único. Tramitación prestaciones periódicas.
- Servicio asistencial respecto a Mutualidad. Prestaciones extrarreglamentarias. Tramitación jubilación.
- Tramitación solicitudes préstamos personales.
- Clasificación y archivo documentación y correspondencia del Departamento.

JOSÉ M.^a SOSTRES

Director de Personal
del Hospital San Juan de Dios de Barcelona

Pastoral hospitalaria

EL CAPELLAN, AGENTE DE LA PASTORAL EN EL HOSPITAL

INTRODUCCIÓN

De unos años acá la pastoral sanitaria es tema de actualidad. La creación de un Secretariado Nacional fue la culminación de las varias reflexiones que se venían haciendo. Desde entonces, son muchos los puntos que atraen la atención: capellanes, escuelas de ATS, medio sanitario en general, cursos, encuentros, responsables regionales, delegados diocesanos y una lista interminable de temas y proyectos. Últimamente, la atención que ha prestado la Conferencia episcopal española al tema de pastoral sanitaria y la reunión habida posteriormente con los responsables regionales, con un buen paquete de compromisos, hacen que haya movimiento. Francamente hay un buen despertar que ayudará positivamente a llevar adelante los objetivos generales del Secretariado: sensibilizar, reflexionar, aunar fuerzas y coordinar líneas de acción.

Uno de los temas que se han venido cuidando es el encuentro —convivencias— con los capellanes de hospital. Septiembre del 75 reunió en Aguadulce (Almería) a unos 30 capellanes, reunión que terminó con un intercambio con religiosas sanitarias representantes de la FERS. De aquí surgieron incentivos, ilusiones, compromisos: estudio de la realidad de los capellanes, responsables regionales, extensión de las convivencias. En principio se pensó realizar éstas en unas siete regiones para 1976, si bien tuvieron que limitarse después a cuatro: La Estrella (Toledo), Bastiagueiro (La Coruña), Aguadulce (Almería) y Puerto de Santa María (Cádiz). Creemos que las convivencias de capellanes han cumplido sobradamente los objetivos propuestos: convivir, comunicar, valorar, potenciar, meditar y mejorar.

Las ideas que a continuación exponemos son parte de estas reflexiones tenidas en las Convivencias. LABOR HOSPITALARIA las da a conocer a sus lectores porque contienen aspectos prácticos de la vida diaria y son el trabajo y la experiencia de muchos capellanes de hospital.

I

NUESTRA LABOR COMO CAPELLANES

Lo que más nos satisface de lo que hacemos

- Visita al enfermo, sentarse junto a ellos para hablar de sus preocupaciones, temores y verdades.
- Servir al hombre concreto en sus necesidades: Dar confianza y seguridad. Consolar. Escuchar. Animar. Acompañar. Compartir. Estar con. Ofrecer amistad. Ser puente, voz, manos. Ayudar a curarse y luchar y a soportar mejor la enfermedad.
- Avivar su fe.
- Infundir esperanza.
- Estimular la caridad: Crear comunidad entre los enfermos. Eucaristía viva.
- Sentirnos útiles: Experimentar que nuestro servicio es aceptado y reconocido. «Quiero que me echen de menos y que no me echen de más». Dejarnos utilizar por ellos.
- Diálogo y encuentro con el personal hospitalario: Médicos. Personal auxiliar. Empleados. Religiosas. Ayudarnos mutuamente de cara a una relación humana entre nosotros y con el enfermo.
- Convivencia con grupo en profundidad.
- Trabajo en equipo.

Lo más útil para el enfermo

- Sentirse tratado como persona, lo que implica: aceptación, respeto, deseo de ser atendido, escuchado, tratado con cariño.
- Ver que hay alguien que se interesa de verdad por él, que se le puede hablar con franqueza, que está disponible, que es su amigo.
- Sentirse acompañado, lo cual le da confianza, seguridad, optimismo.
- La apertura y sinceridad con el enfermo.
- Para quien tiene fe: el ofrecerle una Palabra Viva y una celebración litúrgica que le diga algo.

Lo que menos nos satisface de lo que hacemos

- Ritualismo. Sacramentalismo a última hora. Entierros.
- Asistencia a los enfermos graves, enfermos difíciles, ancianos.
- Pesadez de las familias, sus obstáculos y sus ingrencias.
- Ser utilizados por ellas como agente de caridad o como dispensador de sacramentos.
- Sentimiento de impotencia ante situaciones injustas, inhumanas (discriminación de personas).
- Iniciar la visita. Tener que ir de prisa y corriendo por falta de tiempo. No tener respuestas a sus interrogantes.
- Paso del trato humano a una profundización en la fe.
- Tener que negar confesión y sacramentos.
- Soledad. Sentirnos solos, no aceptados por el medio. Tratados con recelo y desconfianza. La no aceptación por parte de algunos de la tarea que realizamos.

II

DIFICULTADES EN NUESTRA TAREA COMO CAPELLANES

INTERNAS

Provenientes de la propia manera de ser

- Timidez.
- Falta de iniciativa.
- Carácter.
- Inestabilidad emocional
- Inconstancia
- Aislamiento y soledad.
- Falta de salud.
- Cansancio.
- Rutina.
- Complejo ante la técnica y los médicos.
- Dificultades de comunicación.
- Miedos y temores a vulgarizarse. Ocupar otros papeles. Profesionalizarse. Fracaso.

De una deficiente preparación

- Preparación teológica no actualizada.
- Desconocimiento del mundo sanitario.
- Escasa o nula formación psicológica.

Inseguridad

- Manifestada en: Miedo al compromiso. Poca osadía para transmitir la fe. Dificultad para llegar a un

nivel profundo de comunicación con el enfermo y los que le rodean.

- Motivada por: La actual situación de cambio en el mundo y la Iglesia. La problemática personal propia (identidad y sentido de mi vida como creyente, cristiano, sacerdote, capellán).

EXTERNAS

Estructurales

- Masificación de la medicina.
- Tecnificación de la medicina. Deshumanización.
- Edificios anticuados.
- Edificios mastodónticos.
- Falta de locales para reuniones.
- Habitaciones que no permiten la intimidad.
- Falta de coordinación de los organismos sanitarios nacionales (prostitución de la sanidad).

Personales

- Médicos - Enfermería - Personal Auxiliar. Falta de coordinación y de trabajo en equipo. «Nadie quiere complicarse la vida». Clima de resentimiento y de tensión entre los estamentos hospitalarios. Ambiente frío, materialista, deshumanizado. «Cada uno va a lo suyo». «El enfermo es el que menos cuenta». «Se le ve de una forma muy parcial: como caso bonito y publicable, como una máquina averiada que hay que arreglar». Riesgo de contagio ideológico y de actitudes. Excesivo trabajo que crea una sensación de insatisfacción. Trato discriminatorio de los enfermos. Ambiente falto de fe en el *uno se siente solo*. Falta de colaboración por parte de médicos, enfermeras y religiosas. No valoración (o desprecio) de nuestra tarea como Capellanes.
- Enfermos: «Me siento desbordado» por el excesivo número de enfermos y por cambio constante de los mismos. Cada uno viene con su problemática que es muy variada por proceder de ambientes socioculturales distintos. Se advierte, en la mayor parte, una gran incultura religiosa y una falta de vivencia religiosa. La literatura frívola que se lee en el Hospital va en aumento.

III

PISTAS DE SOLUCIÓN

A LAS DIFICULTADES INTERNAS

De cara a una preparación personal

- Estudio personal, serio y constante, que abarque los aspectos técnicos, humanos, psicológicos, religiosos y ético-morales del cuidado del enfermo en el Hospital.
- Profundización especial en el mensaje de Dios al enfermo y al que le atiende y en la forma actual de comunicarlo.
- Asistencia a conferencias, cursillos o cursos de renovación y actualización teológica, bíblica, psicológica, etc.
- Formación a distancia.
- Promoción de reuniones de estudio y reflexión a nivel local y regional.

- Lectura e intercambio de revistas, libros de interés.
- Ordenamiento racional de nuestro tiempo y auto-control.
- Publicación de hojas informativas.

De cara a la soledad

- Encontrarse consigo mismo y con el Señor en la oración personal y comunitaria.
- Encontrarse a nivel de amigo con otros capellanes y compañeros sacerdotes.
- Cultivar el contacto directo con el personal del Hospital. Encarnarse en el Hospital. Convivencias con el personal.
- Cultivar asimismo la amistad con personas ajenas al mundo hospitalario.
- Tener otra ocupación, que no absorba pero que sirva para cambiar de ambiente.
- Mantener un trato frecuente con la propia familia, si se tiene.
- Que exista un *animador* en cada zona.
- Saber que el obispo se interesa por el capellán y su problemática.

De cara a la inseguridad

- Aceptar la «Situación de Cambio».
- Crear las *actitudes* más adecuadas para la misma:
- Aceptarse. Estar en revisión constante. No tener prisas por el éxito de nuestra labor. Buscar siempre lo positivo para reforzarlo. Ver lo negativo para intentar superarlo. Animar la fe que acepta y cuenta con el riesgo. Aceptar vivir en la inseguridad.
- Apoyarse en el grupo, equipo o comunidad de fe.
- Sentir el apoyo y respaldo del obispo.
- Asistir a Convivencias.

Teniendo en cuenta que la falta de vocación y de ilusión es una de las mayores dificultades de algunos capellanes, se pide a los responsables del nombramiento *que nombren para la misión pastoral en los hospitales a personas con vocación e ilusión.*

Se pide también que se atienda con los medios más adecuados a su preparación.

A LAS DIFICULTADES EXTERNAS

Estructurales

- Conocerlas y analizarlas, como primer paso.
- Contar con ellas, sin aprobarlas.
- Buscar la forma de paliarlas o superarlas.

Se planteó el siguiente interrogante: *¿Conviene que el servicio religioso forme parte de las juntas facultativas?*

Personales

- Médicos - Enfermeras - Personal: Relacionarse con todos ellos, conocerlos, interesarse por sus personas y problemas. Sintonizar y ser uno más. Abrirse a todas las aportaciones positivas. Colaborar con ellos de cara a una atención integral del enfermo. Tomar compromisos solidarios y realistas a situaciones inhumanas. Fomentar el trabajo en equipo. Potenciar la colaboración de todos. Reunirse con ellos. Estar siempre a disposición. Colaborar en la promoción del personal auxiliar.

Enfermos

- Atenderles en sus necesidades: Prestarles una buena acogida. Visitarles y ponerse a su disposición. Respetarles siempre. Escucharles. Ser sus manos y su voz. Ofrecer unos medios de promoción a los enfermos de larga estancia. Preocuparse de que funcione el servicio de libros y lecturas (Biblioteca). Responder a sus interrogantes vitales mediante el diálogo personal, las catequesis ocasionales, las charlas, las celebraciones vivas de los sacramentos, etc. Crear entre ellos un clima de confianza y una corriente de ayuda mutua.
- El enfermo está de paso en el Hospital. Muchos en ese paso hacen una opción de fe. Conviene estudiar la fórmula de estar en conexión con la Parroquia de donde procede y a donde vuelve. Asimismo será muy útil mantener contacto con alguna Comunidad de Base abierta que acoja al enfermo que ha realizado su opción de fe y quiere madurarla.
- Prestar una atención especial a los Visitadores de Enfermos (Legión de María, por ejemplo) y ayudarles a realizar su tarea de la forma más provechosa para el enfermo. Todo esto está exigiendo: Primero cuidar la preparación y renovación de los capellanes. Segundo evitar que un capellán tenga que atender a un número excesivo de enfermos.

IV

COLABORACIÓN CAPELLANES-RELIGIOSAS

CÓMO VEMOS LA COLABORACIÓN ENTRE CAPELLANES Y RELIGIOSAS

Vemos que ha sido y es nula en muchos casos, insuficiente y limitada a una Pastoral Sacramentalista en no pocos, y, en algunos, un claro antitestimonio de Iglesia por fallar la unión e ir cada uno a lo suyo de una forma egoísta.

Nos parece a todos necesaria —indispensable, fundamental, imprescindible—, si queremos llevar a cabo una labor seria de evangelización en el mundo sanitario.

La consideramos de una gran utilidad para el enfermo y para nosotros mismos.

Razones

- No podemos dar un testimonio de Iglesia si andamos divididos.
- Tenemos necesidad de compartir nuestra fe con el grupo para poderla vivir.
- Trabajar juntos facilita nuestra acción y potencia nuestras fuerzas: La religiosa —confidente en muchas ocasiones del enfermo— puede informar sobre la situación del mismo, abrir el camino al capellán, dar al enfermo la palabra adecuada a su estado de ánimo, etc.
- Necesitamos revisar con sinceridad nuestras actitudes y comportamientos. Y esto sólo es posible en un clima de aceptación y de comprensión.
- Puede ayudarnos a salir de nuestra soledad, que tantas energías consume.

Vemos un futuro alentador que nos exige a todos un gran esfuerzo.

EN QUÉ PODEMOS Y DEBEMOS COLABORAR CAPELLANES Y RELIGIOSAS

En una *reflexión* común sobre la presencia de la Iglesia al servicio de los que sufren. Lo cual nos debe conducir a un mejor conocimiento del enfermo en todos sus aspectos psicológicos, sociológicos, familiares, religiosos; a un conocimiento cada vez mayor de la sanidad y del hospital; a una profundización en la Buena Nueva que Jesús trae al hombre enfermo y a un redescubrimiento de los gestos significativos para poder transmitir esa Buena Noticia.

En una acción conjunta que haga presente a la Iglesia al hombre enfermo y al que lo atiende:

- Trabajar por una humanización de la medicina (atención integral del hombre).
- Planificar conjuntamente la Acción Pastoral en el Centro. Trabajar en conexión, estando de acuerdo en lo fundamental.
- Preparar juntos las celebraciones litúrgicas a fin de que sean vivas (homilías, cantos).
- Ayudar a los enfermos para recibir libremente y con la mejor preparación los Sacramentos (Penitencia, Unción de los Enfermos, Eucaristía).
- Ayudar a los enfermos a superar su enfermedad, sacando de ella el mayor fruto posible.

En una *ayuda* personal mutua llegar, en un clima de amistad y de aprecio mutuo, a conocernos, aceptarnos, revisarnos y evaluarnos, corregirnos fraternalmente analizar y juzgar nuestras actitudes y comportamientos, formar un grupo que comparte y vive en común su fe y su esperanza y las manifiesta a través de sus obras de amor y servicio a los enfermos y al personal.

CON QUÉ DIFICULTADES NOS ENCONTRAMOS

Personales

- Poca preparación.
- Incapacidad para el diálogo y trabajo en grupo.
- Pluriempleo.
- Excesiva edad.
- Instalación.
- Desequilibrios afectivos.
- Falta de identidad.
- Trabajo excesivo.
- Falta de vocación.

De grupo

- Choque de mentalidades.
- Disparidad de criterios.
- Tensiones existentes dentro de la comunidad.
- Actitudes, por ambas partes, que impiden el diálogo y el trabajo en común: Desconocimiento mutuo o excesiva intromisión. Autoritarismo y autosuficiencia o excesiva sumisión y dependencia, cerrazón o apertura, inhibición. Prejuicios que conducen al recelo mutuo, al aislamiento, a la indiferencia e incluso al rechazo. Creer que lo que hacemos cada uno es lo mejor. No comprensión de que nuestras psicologías son muy diferentes. Desconocimiento de la Vida Religiosa por parte de algunos capellanes.
- Condicionamientos socioculturales de ambos.

- No contar o excluir al capellán del centro de la vida de comunidad. Depender de otros sacerdotes ajenos a la vida del centro.

MEDIOS DE CARA A UNA MAYOR COLABORACIÓN

A nivel de Secretariado y de FERS mantener un continuo contacto informativo y cooperativo, a fin de aunar y potenciar al máximo su tarea.

Promover reuniones conjuntas periódicamente, cursillos de mentalización y lanzamiento.

A nivel de centros *reunirnos para:*

- Tomar conciencia de nuestra misión en el centro.
- Programar conjuntamente un plan de acción y revisarlo.
- Profundizar en la fe compartiéndola.
- Orar en común.
- Intercambiar experiencias.
- Crear comunidad cristiana.
- Llevar a cabo un cambio de actitudes: Respeto mutuo. Apertura. Diálogo. Sinceridad (decirnos las cosas cara a cara). Humanizarnos más. Complementarnos en vez de anularnos. Valorar la vida religiosa.
- Crear una estructura que nos obligue a renovarnos y controlarnos mutuamente.
- Se ve conveniente respetar la asistencia de otro sacerdote como animador de la comunidad religiosa, pero se ha de evitar el aislar al capellán.
- Se ve la necesidad de abrirse a los seglares, por lo que se les invitará a participar en nuestras reuniones, se convocarán reuniones conjuntas y se participará en las de ellos. El enriquecimiento será mutuo.

Siendo conscientes de la gran labor que el capellán de un centro sanitario puede desempeñar, se pide a los señores obispos que *nombren para dicho cargo a personas que estén vocacionadas y reúnan las condiciones físicas, psíquicas y espirituales para su desempeño.*

V

CÓMO VEN AL CAPELLÁN LOS ENFERMOS Y FAMILIA

PODEROSO INTERCESOR ANTE DIOS

- El que se brinda como amigo.
- Hombre de la acogida y del diálogo: Te comprende. Te anima. Te consuela en la enfermedad. Te infunde esperanza.
- Confidente de problemas, quejas... El hombre al que se le puede decir todo. Te informa con verdad.
- El que atiende espiritualmente: Perdona. Aconseja. Atenúa con palabras de comprensión situaciones irremediables. Da paz. Ayuda a encontrar sentido a lo que se vive. Anima la fe, la esperanza y el amor.
- Anima el Centro.
- Se preocupa de la persona.
- El hombre de la relación desinteresada. Sabe escuchar. Atiende tus problemas.
- El que ayuda a morir en paz, cristianamente.
- Un buen intermediario y valedor ante el médico y el personal del centro.
- El hombre de la muerte: Se le llama cuando alguien

está grave. Asusta y atemoriza. Señala la proximidad de la muerte. Anunciador de algo malo. El que te manda para el otro mundo.

- Alguien que visita como distracción.
- Alguien a quien no se comprende.
- El hombre de la influencia, lo puede todo.
- Alguien que puede ser utilizado: Para entrar en el hospital. Para resolver papeletas. Para *sablearle*.
- Un mago milagrero.
- Funcionario que cumple con el papel que le toca representar.
- Tiene un *modus vivendi* más.
- Fiscalizador de conciencias ajenas.
- ¡No resuelve el dolor!

VI

CÓMO VE AL CAPELLÁN EL PERSONAL SANITARIO

- El *técnico* de lo religioso.
- Una *presencia* molesta que denuncia con su figura.
- Intermediario.
- Persona dispuesta.
- Amigo.
- «Lima asperezas».
- Asesor en asuntos delicados.
- Alguien sospechoso y de cuidado.
- Hombre de fe.
- Un responsable más.
- El hombre de la *relación*. Trata con todos. Llega a su intimidad...
- Quiere al enfermo.
- Le visita.
- *Compañero* en quien se confía y con quien se dialoga.
- *Alguien* que completa una labor (humano religiosa).
- Alguien que soluciona los problemas sociales de los enfermos.
- Asusta a los enfermos.
- Un estorbo.
- De mal agüero: «Puntillero». «Ahora te toca a ti».
- Narcotizador.
- «Bombero: sólo para emergencias».
- Sin oficio pero con beneficio.
- *Vividor*. El que mejor vive. ¡Qué bien vive usted.
- Hombre sin responsabilidades, su trabajo es difícil de controlar.
- Su labor es sólo cumplir unos ritos.
- No se compromete.
- Un desconocido cuyo *rol* no ven claro. ¿Decir Misa...? ¿Dar el pasaporte...? ¿Pasearse por las plantas...? ¿Visitar... consolar...?
- Un señor a quien se ignora.
- Un funcionario más.

VII

QUÉ PIDEN

Compañía

- Venga a visitarme.
- ¡Ayúdeme! ¡Qué malito estoy!

- Pida a Dios por mí.
- ¿...Ya se va usted?
- No me olvide en sus oraciones.
- Tráigame la Comunión.
- Deme su bendición.
- Quiero confesar.

AMOR. ORIENTACIÓN

- Quiero charlar con usted bis... bis... bis...
- ¿Qué me aconseja?
- ¿Qué debo hacer?
- ¿Usted cree que esto tiene solución?
- ¡Estoy desesperada!
- ¡Tengo el ánimo muy caído!
- Ya no me operan mañana... ¿usted cree que se puede hacer esto?

RESPUESTA A SUS INTERROGANTES

- ¿Por qué a mí?
- ¿Qué he hecho yo?
- ¿Cree que Dios me perdonará?
- ¿Por qué Dios me castiga?
- ¿Cómo puede Dios permitir estas cosas?
- ¿Qué sentido tiene el seguir viviendo?
- ¿Por qué Dios no me lleva ya?
- ¿Y el más allá?

Ánimo

- ¡Tengo mucho miedo!
- ¿Cree que saldré de esta?
- ¿Me pondré bien?
- ¿Quiere darme un poquito de agua...?
- ¿Quiere decirle a la enfermera que...?
- ¿Conoce usted a D...?
- Y eso del *cateterismo* ¿qué es...?
- ¿No tiene usted alguna medalla de...? ¿Y alguna estampa...?
- ¿Puede dejarme un libro religioso para leer?

VIII

QUÉ PUEDE HACER EL CAPELLÁN

RELACIÓN PERSONAL

Visitar

- Preparar y reflexionar.
- Escuchar. Saber callar.
- Sin prisas, no ser pesado.
- Llevar alegría.
- Animar.
- Acompañar.
- Consolar.
- Conocer a la persona y respetar su ritmo.
- Liberar de miedos.
- Animar la fe.
- Infundir esperanza.
- Estimular el amor.
- Salir de sí. Abrirse a los otros.

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

JOSE JORDAN

LA ORACION DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD

Cantoral

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

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

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

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

**A punto de aparecer su grabación
en cassettes de 60 minutos**

- Selección (2 cassettes)
- Obra completa

Pedidos:

EDITORIAL HOSPITALARIA

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

P. P. C.

Enrique Jardiel Poncela, 4
Apartado 19.049 - MADRID 16

- Ayudar a superar enfermedad.
- Ayudar a encontrar sentido a lo que se vive.
- Rezar con ellos.

Catequesis. Evangelización comunitaria

- Ayuda para aprovechar su situación: Conocerse más. Encontrarse con Dios. Abrirse a los demás.
- Información.
- Preparación para los Sacramentos.

Liturgia. Sacramentos

- Celebrar lo que ya viven.
- Eucaristías vivas.
- Unción comunitaria.
- Servir sin coaccionar.
- Crear comunidad viva.

Servicio integral

- Humanizar.
- Defender sus derechos.
- Luchar por su atención integral.
- Movimientos de ayuda mutua.
- Ayudar a bien morir.

Enfermos y familia

- Evangelización a todos.
- Celebración litúrgica.
- Iluminación y asesoría.
- Servicio integral.

SERVICIO A TODA LA COMUNIDAD

Trato personal

- Interesarse por todos.
- Conocer sus problemas.
- Estar siempre disponible.
- Dialogar en profundidad.
- Ponerse a su nivel.
- Compartir buenos y malos ratos.
- Respetarlos.
- Crear inquietudes.
- Asesorar.

Unir. Crear grupo-familia-comunidad cristiana

- Crear ambiente de familia.
- Integrar comunidad cristiana. Creación del grupo cristiano en el hospital.
- Mentalizar cristianamente.

Asesorar y formar

- Reuniones de Deontología. Ética Profesional.
- Asistencia a sesiones clínicas.
- Búsqueda.

Colaborar en la humanización del centro

- Atención integral.
- Que haya un trato personal.
- Dar al paciente el sentido del servicio al hombre.

Elaborado por el
SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL HOSPITALARIA

COLABORACION ENTRE CAPELLAN Y RELIGIOSA EN EL HOSPITAL

Esta relación entre capellán y religiosa en el hospital será comentada gradualmente, desde la necesidad de la colaboración en general, en la sociedad y en la pastoral religiosa a los beneficios derivados de una responsabilidad recíproca en la misión apostólica en el hospital, a las características que deben presidir esta típica colaboración entre capellán y religiosa.

Es sólo un bosquejo que debería ser después enriquecido con vuestras contribuciones de crítica y de experiencia.

LA COLABORACIÓN ES HOY NECESARIA

Es un descubrimiento (o mejor dicho un redescubrimiento) interesante que los hombres han hecho a través del trabajo, del estudio y de la experiencia de la vida.

Esta es fuertemente sentida como una exigencia en todos los campos; en la política, en los sindicatos, en las variadísimas asociaciones y en la misma Iglesia.

Se percibe también en la vida hospitalaria, como una de las características del hospital moderno y como obra valiosísima en la asistencia al enfermo.

Y sin embargo, comprobamos que dicha exigencia aún no se ha hecho realidad. ¿Por qué?

Desgraciadamente la distancia entre las exigencias actuales y la preparación que cada uno de nosotros ha recibido es tan desproporcionada que vemos crearse en nuestro ambiente de trabajo una laguna inevitable, la falta de colaboración, debida no tanto a la falta de cultura o de formación profesional como a la falta de educación del espíritu para una sincera apertura hacia los demás, en el sentido social.

El individualismo es aún muy fuerte entre nosotros.

Y además, hay que decir francamente que la colaboración no es cosa fácil.

A menudo frente a inevitables resistencias y obstáculos se siente la tentación y se vuelve más o menos conscientemente hacia un modo autónomo y personal de trabajar.

*EVIDENTEMENTE DEBEMOS APLICAR
ESTA EXIGENCIA MODERNA
A LA COLABORACIÓN TAMBIÉN AL CAMPO
PASTORAL DE LA ASISTENCIA RELIGIOSA
A LOS ENFERMOS*

Frente a un mundo en el cual todo se unifica, todo se organiza, la acción individual está deslizada casi a desaparecer para dejar lugar a una acción coordinada, comunitaria y global.

El Vaticano II recuerda a todos los cristianos la importancia de la colaboración y de la unión y subraya muchas veces la utilidad y el beneficio que se derivan de un apostolado asociado.

Es preciso por lo tanto actuar unidos y para esto es necesario un esfuerzo real y concreto. Esto vale para los distintos campos de apostolado, incluyendo el hospitalario.

Este concepto de acción unitaria, de apostolado asociado, de colaboración en el apostolado toma los nombres de «pastoral de conjunto» o «pastoral unitaria».

No voy a citar los diferentes párrafos de los documentos en los cuales el Vaticano II ha subrayado fuertemente la participación activa de todos los fieles en la misión salvadora de la Iglesia, que es la misión misma de Cristo.

Recuerdo tan sólo dos párrafos interesantes: uno de la *Lumen Gentium*, el otro del decreto sobre el Apostolado de los Laicos.

El primero dice: «Los sagrados Pastores saben muy bien cuanto contribuyen los laicos al bien de toda la Iglesia. Saben que no fueron instituidos por Cristo para asumir ellos solos todo el peso de la misión salvadora de la Iglesia hacia el mundo, sino que su excelso oficio es el de apacentar a los fieles y reconocer sus ministerios y carismas, de manera que todos cooperen en su medida al bien común. Porque es necesario que todos «obrando conforme a la verdad, vayamos de todos modos creciendo en caridad en Aquel que es cabeza, Cristo; todo Su cuerpo, bien unido y sólidamente aco-

plado, a través de todas las junturas de comunicación según la actividad proporcionada a cada miembro, obra su incremento y se va edificando en la caridad» (Ef. 4, 15-16) (Lumen Gentium IV. 30).

El segundo: «Muchas ocasiones se presentan a los laicos para ejercer el apostolado de la evangelización y de la santificación. El mismo testimonio de la vida cristiana y las buenas obras cumplidas con espíritu sobrenatural tienen la fuerza de atraer a los hombres hacia la fe y hacia Dios... Sin embargo este apostolado no consiste solamente en el testimonio de la vida: el verdadero apóstol busca las ocasiones para anunciar a Cristo con la palabra, tanto a los no creyentes para conducirlos a la fe, como a los fieles para instruirles, confirmarles e inducirles a una vida más ferviente» (Apostolicam Actuositatem, II 6, b-c).

El cardenal Suenens en su libro muy interesante *La corresponsabilidad en la Iglesia de hoy* afirma: «Si me preguntasen cuál es el germen de vida, más fecundo en consecuencias pastorales que se deba al Concilio, contestaría sin vacilar: el redescubrimiento del pueblo de Dios como un todo, como una totalidad, y por consiguiente, la *corresponsabilidad* que de ello se deriva para cada uno de sus miembros» (página 29).

SIN EMBARGO SABEMOS QUE LA ACTUACIÓN DE LA COLABORACIÓN CONLLEVA NO POCAS DIFICULTADES. ¿POR QUÉ?

Porque en nuestra mentalidad aún no ha entrado el concepto de que a todos incumbe el derecho-deber de iniciativa.

Porque no estamos bastante convencidos de que todos pueden dar una positiva contribución y que nadie es tan pobre que no tenga algo que enseñar a los demás.

Porque aún no sabemos renunciar a determinadas posiciones de autoridad (especialmente nosotros, los curas) no sabemos encajarnos bien en la acción comunitaria, no sabemos renunciar a personalismos.

Porque falta el sentido de la comprensión recíproca y de la soportación recíproca.

Y todo esto ya dice lo necesario que es entrenarse para la colaboración, como elemento indispensable para una pastoral de conjunto, e intentar eliminar estas lagunas y formar una mentalidad nueva en la realización de las relaciones humanas.

Si no entramos en esta lógica de renovación no podremos hablar más que de inacción o dormición pastoral.

INTENEMOS DELINEAR EL FIN DE NUESTRA ACCIÓN PASTORAL

La situación de los hospitales, que reflejan la situación de la sociedad; va reduciendo siempre más el espacio para la acción religiosa. Esto crea problemas

considerables al capellán que así reflexiona sobre el significado de su función en el hospital.

Por otra parte la misión de cuidar a los enfermos es perfectamente cristiana, evangélica (v. Mt. 10): no puede ser abandonada por nosotros en ventaja de las funciones técnicas.

Y entonces la acción religiosa que no puede debilitarse en el hospital se hace de tipo pastoral, es decir un servicio prestado a los hombres como a tales, prescindiendo también del hecho de que sean cristianos.

Tanto el capellán como la monja que actúan en el hospital —cada uno según sus propias modalidades— deben expresar concretamente la vitalidad de los valores del espíritu que entran aún presentes en la sociedad, hacer surgir con su presencia aquella dimensión de lo trascendente que se halla en todo hombre. Efectivamente, todos nos hallamos frente al misterio de la vida, del dolor, de la enfermedad, de la muerte.

Debemos reafirmar con nuestra vida los valores espirituales y humanos más profundos... los valores de la fraternidad, de la solidaridad, de la disponibilidad desinteresada, de la amistad; mientras a veces nuestra pastoral es muy limitante, porque se limita a *preparar* a un enfermo grave a *enviar a misa* a otros a preguntar *quién se confiesa* y *quién comulga* y a colgar los correspondientes carteles a los pies de la cama, etc. Y todo esto se hace con gran prisa y mecánicamente. La verdadera evangelización pastoral, más que empujar a los demás para que hagan lo que les indiquemos, consiste en presentar en las propias acciones los grandes valores espirituales antes mencionados.

Y sólo después, el testimonio se hace invitación, misión.

Alguien podría preguntar: ¿pero qué frutos puede dar esta experiencia de testimoniar conjuntamente la validez de los valores humanos y espirituales?

Hay que saber esperar.

Allí donde se ha realizado un cierto grado de colaboración entre la religiosa, el capellán y algunos elementos del personal se comprueba que se alcanza con dificultad, cierto nivel de profundidad capaz de influir verdaderamente sobre los enfermos.

Estamos aún en una fase de indagación y en el principio de un largo camino en el cual todavía no se ha tomado conciencia plena de las radicales transformaciones que se están produciendo en el mundo hospitalario.

Pero todo esto no debe acobardarnos sino animarnos a buscar experimentar.

MIRANDO EN LOS AMBIENTES HOSPITALARIOS CON UNA PERSPECTIVA DE COLABORACIÓN EN EL TRABAJO PASTORAL, ¿QUÉ ES LO QUE VEMOS?

Se observa que algunos de los métodos empleados son insuficientes, incompletos y quizás ineficaces para nues-

tros tiempos. Será preciso no abandonarlos sin motivo, sino integrarlos, añadir algo que en un tiempo era superfluo, pero que hoy es necesario.

Si por ejemplo, antes, el enfermo estaba bastante preparado para recibir el mensaje divino para lo cual bastaba la presencia del sacerdote o de la monja para que pronunciasen una buena palabra o que expresaran una invitación para ser escuchados, hoy esto ya no es suficiente.

Es más fácil hallar una barrera entre la religión y el hombre. El trabajo pastoral, entonces, antes de ser evangelización o potenciación de la fe o vida espiritual, debe ser pre-evangelización, preparación, humanización, etc.

La pastoral que actualmente se ejerce en el hospital es principalmente la *personal directa*, es decir, a cada individuo, para que se apropie de los principios cristianos libremente, con una decisión interior y bajo su propia responsabilidad.

Esta acción pastoral está reservada al sacerdote y, en segundo lugar, a la religiosa.

Esta pastoral personal es siempre valiosa, ha dado y continuará dando frutos importantes, pero no es suficiente en los hospitales modernos. Esta es transformada, coordinada e integrada en la pastoral de conjunto o pastoral unitaria.

Esto debe aún nacer en muchos hospitales y supone, exige una verdadera conexión entre los distintos operadores de pastoral.

DETENGÁMONOS EN LA RELACIÓN CAPELLÁN-RELIGIOSA

El primer trabajo comunitario para el espíritu de los enfermos debe ser realizado por los sacerdotes y las hermanas enfermeras, superando cualquier dificultad. Se debe constituir en los lugares de curación el primer y concreto ejemplo de auténtica caridad, colaborando en la misma línea pastoral.

La integración del servicio de las hermanas enfermeras al del sacerdote es, sin duda, necesaria e insustituible. Basta pensar en el hecho de que las religiosas viven siempre con los enfermos, los conocen muy bien (¡así lo esperamos!) por su continua presencia y por su continuo contacto con ellos, mientras que el sacerdote viene a menudo (¡esperemos que no sea siempre!) con demasiada prisa, pasa casi volando.

La contribución de la religiosa en la acción pastoral es verdaderamente importante, hasta el punto de que su solo desempeño es fuertemente perjudicial.

La religiosa que se limitase solamente al servicio de enfermería no viviría su vocación y no realizaría la finalidad de su consagración. Podríamos verdaderamente preguntarnos: «¿dónde está entonces la peculiaridad de la hermana enfermera?». ¿Quizás en ser tal como una simple profesional?

La hermana en el hospital es ciertamente la persona que puede hacer la acción pastoral más incisiva y eficaz. Ha de evitar dos peligros: el de *sustituir al capellán* usurpando sus atribuciones, o el de convertirse en la *pequeña esclava del capellán*, sin ninguna personalidad propia, pero debe realizar una verdadera colaboración en la que destaquen:

a) *La sinceridad*: Cuando se quiere verdaderamente instaurar una recíproca acción de apostolado, es fundamental la actitud sincera.

Esta virtud ha de hacer adoptar una actitud leal, franca, sencilla, limpia en todas las relaciones recíprocas. Las palabras, los gestos, las actitudes deben manifestar exteriormente, sin formulismos, aquello que se siente y que realmente se piensa.

No se provoquen silencios llenos de falsa diplomacia o de insinceridad, palabras ambiguas que querrían reflejar compromisos.

El capellán necesita conocer las reacciones de las religiosas, no sólo cuando expresan una conformidad, sino también cuando formulan reservas o no están de acuerdo.

Sólo la sinceridad y la lealtad de las relaciones derriban las barreras de la incompreensión y de la desconfianza.

Sólo con la sinceridad se puede entablar una discusión franca y abierta en la cual se expone el propio punto de vista, se comprueban las dificultades, se coordinan las actividades que se desarrollarán.

Aunque alguna vez la verdad pueda ser dolorosa es mucho mejor que las hermanas la digan a la cara en vez de hacerlo detrás de las espaldas.

b) *La perseverancia*. El trabajo pastoral en el hospital no debe fundarse en entusiasmos o fuegos de paja, sino en ideas bien claras que tienden a convertirse en convencimientos y a crear una acción estable.

¿Cómo ocurrirá o cómo se conquistará esta actitud de perseverancia?

- Participando en los anhelos pastorales del capellán, al señalarle con dulzura e insistencia los casos más graves;
- reconociéndole su función de pastor representante del obispo en la comunidad, con lo cual se reconoce la autoridad de su misión, de sus conocimientos y experiencias en el plan pastoral, litúrgico y doctrinal;
- procurando dialogar con él en las asambleas parroquiales, aportando la propia contribución de pensamiento, de experiencia respecto al método pastoral;
- dando una mano en hacer concretas y actuadas las iniciativas decididas en el ámbito de la acción pastoral;
- ilustrando al capellán sobre determinadas situaciones morales o religiosas relativas al enfermo, el personal o el ambiente para el logro de un fructífero ministerio.

c) *La estimación.* No hay que ver al capellán como a un personaje colocado sobre un pedestal. Se acabó para siempre el tiempo del triunfalismo y del culto a la personalidad. Debemos ver en el capellán al sacerdote en el ejercicio de su misión salvadora, teniendo presente, sin embargo, que la ordenación sacerdotal no ha destruido la naturaleza humana. El tiene una gran misión que cumplir, pero es un hombre..., un hombre verdadero, con hermosas dotes y cualidades, pero también con límites y defectos; un hermano en el verdadero sentido de la palabra, con toda su carga de rudeza, franqueza, calor. Sólo cuando se sabe ver la figura del capellán con mirada realista aumentan hacia él la estimación, la comprensión y la aceptación.

**ME PERMITO INDICAR TAMBIÉN
UNAS PROPOSICIONES PARA LLEVAR A CABO,
CON EL TIEMPO,
UNA MEJOR COLABORACIÓN**

Personalmente y mejor aún comunitariamente debemos encaminarnos a un *conocimiento siempre más profundizado de la pastoral* y particularmente de la pastoral hospitalaria. No nos creamos nunca que ya hemos llegado.

Este conocimiento puede ser actuado a distintos niveles: como participación en cursos de puesta al día o bien estudio personal, encuentros en las comunidades, conexiones con experiencias de otras comunidades hospitalarias, encuentro en el mismo hospital entre capellán (o capellanes) y religiosas.

En cierto sentido, somos todos principiantes. Necesitamos ser discípulos de este campo.

Revisiones periódicas y confrontaciones para estar al corriente de la situación y no *dormirse sobre los laureles* o encallarse en estériles inmovilismos. En estas revisiones, saber afrontar valientemente la línea de la renovación, de la experimentación, del cambio, etc.

Hay que pensar, razonar, reflexionar y ser capaces de hacer autocrítica.

Tender a formar un *consejo pastoral en el ámbito del hospital*, en el cual se implica la responsabilidad de más

personas cristianas, aunque no sean hermanas religiosas. También las religiosas pueden hacer sus sugerencias al capellán porque, hasta que se pruebe lo contrario, los sacerdotes no poseen el monopolio del Espíritu Santo. Y el Espíritu Santo ilumina aun a los fieles y a las religiosas.

CONCLUSIÓN

La pastoral hospitalaria es realmente grande y valiosa. Me parece que el cardenal Colombo llamó al hospital *la parroquia más importante de la diócesis*.

Podría ser también una bonita frase de efecto, cuando se sabe por experiencia que la pastoral hospitalaria, por su peculiar naturaleza, puede hacerse monótona, pesada y deprimente.

Y sin embargo, si para el creyente la pastoral entre los enfermos significa encontrar a Cristo en el enfermo a quien se asiste, como refiere el Evangelio (Mt. 25, 36) entonces la afirmación del Cardenal toma un aspecto verdadero.

En esta *particular* parroquia tan importante de la diócesis, ¿en qué posición debe figurar la acción colaborante del capellán y de la hermana?

EN UNA FUNCIÓN VERDADERAMENTE INTEGRADORA

Son como dos raíles de una vía sobre la cual transcurre la vida apostólica del hospital. Si uno de los raíles no está en su sitio, el tren de los enfermos (es decir, la acción pastoral a favor de los enfermos) no puede moverse o descarrila inevitablemente.

¡Sería un verdadero desastre pastoral!

Esperemos que esto no suceda nunca.

YTALO MARTINELLI

Religiose Ospedaliere

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH

MORIR CON DIGNIDAD

LIBRO QUE ACABA DE APARECER

Pídelo a: LABOR HOSPITALARIA

CURIA PROVINCIAL HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
Carretera Esplugas, s/n
BARCELONA 17

En comunidad para anunciar el Evangelio a los enfermos

REFLEXIONES EN TORNO A LAS PEQUEÑAS COMUNIDADES

MOTIVACIONES DE ESTA REFLEXIÓN

La importancia de la *vida en común* y sus expresiones, queda valorada en la tradición del comportamiento de las diversas Congregaciones de Religiosos y enfatizada en el Decreto P. C. del Vaticano II. Nuestra legislación hace referencia a ella en las constituciones (cap. IV), Directorio General (cap. IV) y Directorio Provincial (cap. I).

Cuando uno lee las determinaciones concretas de la legislación, y sobre todo en el vivir diario, siente sobre sí una discordancia entre lo que se entrega como doctrina y criterios de proceder (observancias y prescripciones) y lo que es posible llevar a cabo.

Esta no acomodación casi siempre se interpreta como una necesidad de asemejarnos en todo, aunque las circunstancias impiden *repetir lo mismo* que se hace en las otras partes. Este fenómeno de la disparidad en el vivir, que ayer pudiera parecer caso único, y hasta interpretarlo como posible *inobservancia o relajación*, vemos que hoy nos produce inquietud, y las fáciles interpretaciones no nos satisfacen.

Dos son los factores fundamentales que nos llevan a entregar estas líneas de reflexión: Realidad actual de nuestras Comunidades. Quedaron bastante atrás las Comunidades numerosas. Ahora somos seis-ochos-doce los miembros que las componemos. Nuestra legislación, ¿tiene en cuenta esta realidad o más bien está dada en función de Comunidades grandes? Creemos que es hacia estas últimas a las que se dirigen todas las indicaciones y prescripciones.

Como es clara la inadecuación de los criterios doctrinales a la realidad que vivimos, y dado que *todos*

nosotros hemos sido educados en ambientes masivos y como si fuéramos a vivir siempre en ellos, al incorporarnos al grupo reducido, nuestras reacciones no han sido siempre positivas, encontrando la primera dificultad en la misma convivencia, y añorando *repetir* las formas y ambientes de donde salimos.

La problemática fundamental de nuestras Comunidades (habría que empezar por decir con exactitud: *de los Hermanos que vivimos en grupos pequeños, porque, ¿somos una Comunidad?*) radica no tanto en la mayor o menor entrega de los *religiosos*, cuanto en las estructuras que nos conducen, que unas veces seguimos con cierta fidelidad y otras las sobrepasamos. Creemos que ambas partes tienen que ser revisadas. Analizamos ahora el problema de las *pequeñas Comunidades*.

Como el problema se ha suscitado ya como importante, es hora de agradecer a los que desde hace tiempo y venciendo las críticas e incomprendiones, están trabajando por encontrar los nuevos caminos que tienen que emprender, quienes comparten su vocación de servicio a la Iglesia, siguiendo el espíritu de san Juan de Dios, unidos en grupos pequeños de trabajo y de misión.

GRUPOS PEQUEÑOS Y SUS EXIGENCIAS LA COMUNIDAD COMO HECHO SOCIOLÓGICO

La unión como «signo de los tiempos» frente a todas las empresas. En todos los niveles del acontecer se manifiestan los profundos deseos del hombre de vivir *agrupado*. Pero estos anhelos vienen marcados siempre por la búsqueda de situaciones en que el ser y realizarse como persona, encuentre la posibilidad plena y total.

Al hombre le da miedo la soledad y busca el apoyo del otro. Siente miedo frente a tantas formas de agresividad y tiene que pedir defensa.

La juventud se hace especialmente sensible al grupo, ya que frente a su autoafirmación, necesita salir de sí y abrirse a los demás, para encontrar en relaciones personales *al otro como compañero*, en la tarea de su propia realización y de su mismo sentido en la vida.

Hoy sentimos una necesidad más marcada de participar. No queremos ser llevados autoritariamente y sin compartir responsabilidades. También aquí tiene que funcionar la colegialidad y subsidiaridad en el quehacer personal y humano (GS 31-32).

Sólo en el grupo pequeño es posible, si se valoran sus elementos, conseguir una satisfacción efectiva de las personales perspectivas.

Revitalización de los aspectos comunitarios dentro de la Iglesia. Señalemos algunos aspectos fundamentales: redescubrimientos de la *comunidad de creyentes*. Importancia de las metáforas sobre la Iglesia (rebaño-templo-Cuerpo de Cristo-pueblo de Dios cf. LG 6-9). El Bautismo nos une en la misma fe-esperanza-caridad y quehacer misionero. Nuestra común responsabilidad como sacramento de salvación para el mundo, que nos lleva a sentirnos solidarios con todos los hombres (LG, 1, GS 1). Formas concretas de corresponsabilidad: Colegialidad Episcopal (LG 18). El Presbiterio (PO 7). Vida común de los religiosos (PC 15). Pastoral de Conjunto, Comunidades Cristianas de Base.

Formas inexactas de vivir nuestra «vida común». Frente a la búsqueda sincera de realización personal, no podemos llamar *comunidad* a la simple convivencia. Ni funcionan nuestras comunidades, cuando no hay intercambio y comunión. Cuando llamamos paz, a la soledad y a la falta de responsabilidad, sin aceptar el riesgo de la búsqueda porque produce inquietud y malestar. Necesitamos superar cualquier actitud: Infantil (uno piensa y actúa por los demás). De temor al mundo (ajenos a sus problemas). Faltos de preparación (religioso-social).

La formación de los grupos. Varios factores van a intervenir en las relaciones que se establezcan dentro del grupo.

Origen de las personas. Cuando provengan de una *sociedad rural* en donde los valores, las normas y las motivaciones se ofrecen sin discusión, con un único principio: *siempre se ha hecho así*, con un único temor *el qué dirán*. Cuando provengan de una *sociedad urbana*, en que cada uno responde por sí, sin influjos ni control social.

Resulta importante valorar este primer aspecto, para potenciar lo que ofrece como dado al nuevo miembro de un futuro grupo pequeño, y no justificar procederes

que sólo son querer repetir en la nueva forma de vida, el grupo imaginario en que se educó.

Realización práctica. El número de las personas en el grupo: exigido por las relaciones interpersonales (¿5 a 15?). No ser homogéneo (ni las mismas edades ni los mismos quehaceres).

Para nosotros este aspecto será fundamental. Al dedicarnos por vocación a un quehacer semejante y dentro del mismo hospital, evitaríamos muchos aspectos *neuróticos* (obsesiones, hablar de lo mismo, etc.) si completáramos nuestra misión abriéndonos a la cooperación parroquial o diocesana en la animación del campo de la pastoral de la Salud. La designación al grupo. No puede llevarse a cabo por simple mandato. Deben tenerse en cuenta las cualidades personales, consulta a los demás miembros, etc.

Estructura clara que haga posible: una democracia estructural; teniendo el *diálogo* como esquema de proceder; manifestando los fines, pasando del *estar juntos* a *estar juntos para*; mantener unos *esquemas de conducta* que no opriman las iniciativas y libertad personal.

Exigencias de la Comunidad sobre cada uno de los miembros. Ausencia de egoísmo, hipocresía, desconfianza, introversión. Equilibrio psicológico (opiniones y prejuicios). Educados para: el trabajo en equipo, la convivencia, la sinceridad. Entusiasmo en la realización de los fines propuestos. Convivencia en momentos fuertes del día.

Rasgos de la «pequeña Comunidad». Favorece el paso del tú al nosotros. Consigue la interdependencia sin minusvaloraciones. Participación activa de todos los miembros sin manipulaciones. Espacio para el diálogo. Favorece el sentido gozoso de pertenencia al grupo.

Roles (papeles o funciones) en la Comunidad pequeña. Son grupos con ley, determinada por el objetivo del *estar juntos para...* La organización es sobre una base democrática con participación activa de todos los miembros en las decisiones. Las responsabilidades se comparten y realizan con autonomía. Se rinde cuentas a la Comunidad de las tareas que se le han encomendado. Las funciones son temporales, en busca de un mayor rendimiento. No pueden existir favoritismos en las designaciones. Se trata de personas maduras que toman una decisión.

Rol de líder. Es siempre proclamado por los miembros del grupo, y teniendo muy en cuenta sus posibilidades y finalidades.

Su proceder debe ser de no coacción, más bien persuadiendo: *líder no directivo*. Debe tener conciencia dinámica del grupo, sin disociarlo comprándose a algunos, ni menos recurriendo a autoridades exteriores, ni

siquiera a la suya propia. Su única arma, el análisis conjunto de la situación.

Querer que funcione una Comunidad, con un *Superior impuesto* sobre las personas sin valorar sus necesidades y ritmo de vida, es motivar que la comunidad se rompa en su cohesión más profunda.

Tentaciones de la pequeña Comunidad. Gheto (somos los mejores, nadie debe quitarnos nuestros valores, cerrarnos frente a nuestros enemigos). Dispersión. Estar mejor con los demás. Duplicidad de personalidad. Nadie puede hablar en contra de lo que hacemos. Falta de capacidad para escuchar y la reflexión. Las cosas fútiles consumen tiempo, las importantes ni se toman en cuenta. No escuchar a los miembros más competentes. Rutina y lo de siempre. Carecer de creatividad. Cerrarse en la relación con otros grupos.

Definición de «pequeña Comunidad». Círculo de personas que permanecen juntas (en momentos fundamentales del día) que buscan un conjunto de intereses (no un aspecto) suficientemente amplio, que tome la totalidad de sus vidas. Resumiendo afirmaríamos como elementos de la Comunidad: objetivos comunes; relaciones personales; autoridad y estructura al servicio del grupo, sin servirse de él.

LA COMUNIDAD COMO CRISTIANOS REUNIDOS

Los aspectos que señalamos nacen del funcionamiento de las personas en un grupo pequeño, pero para nosotros hay una motivación más profunda para potenciar estas exigencias: *la fraternidad*.

Debemos insistir, de todas las maneras, que la comunidad cristiana está formada por hombres, que se incorporan a ella desde sus formas humanas concretas de sentir y realizar la vida junto a los demás.

Participamos del misterio de Cristo. Gozamos de la presencia del Señor (Mt. 18, 20). Diálogo desde la fe. Hermanos en el Señor (Flp. 1, 14). El amor es la norma suprema (Jn. 13, 35). Con la experiencia de la gratuidad de la convocación, a pesar de que sea imprescindible nuestra cooperación (Jn. 15, 16).

Rasgos de la Comunidad cristiana. Cf. Hechos, Cartas de Pablo, Ev. de Juan, Lumen Gentium. Diversidad de origen y quehaceres. Escuchan la Palabra de Dios-creyentes. Bautizados, sacramentalizados. Convertidos, metanoia. Constantes, perseverantes. Con diversidad de dones, carismática. Unidos a pesar de las diferencias y tensiones, unidad. Comparten el pan y la vida, eucaristizados. Oran juntos, responsabilidad compartida.

Está jerarquizada, autoridad como servicio a la unidad y participación. Crece constantemente, misionera. Atestiguan la Resurrección, escatológica. Gozan de gran estima, comprometida.

Las Comunidades Cristianas de Base. Surgen como una necesidad de superar ambientes anónimos y de soledad. Son grupos de cristianos reunidos para vivenciar su fe, comprometerse en la expansión de la misma, y celebrando su fe en el culto. Es la célula inicial de la estructuración eclesial, foco de evangelización y actualmente factor primordial de promoción humana y desarrollo. Los laicos asumen responsabilidades. Celebran una liturgia *doméstica*, expresión de su propia vida. Su fundamento es la teología del pueblo de Dios.

Las Comunidades Cristianas de Base-Comunidades Religiosas. Necesidad de aceptar la presencia del Espíritu Santo en estos movimientos. Llamada incesante a una oportunidad que se nos fue a los religiosos al ceder frente a la *institución*. Recordemos que al haber sido llamados a seguir más de cerca a Jesucristo, debemos estímulo en las diversas formas del vivir cristiano y creadores de formas nuevas. La incorporación de religiosos-religiosas en otras Comunidades de Base ha dado buen resultado: mayor entusiasmo; valores humanos descubiertos; enriquecimiento de las propias Comunidades; se valora más el propio espíritu y vocación.

EN COMUNIDAD PARA SERVIR A LOS ENFERMOS

Todo ordenado al ministerio a que nos consagramos «ajusten convenientemente sus observancias y prácticas con los requisitos del apostolado a que se consagran» (PC 8).

Una vida común que potencie a cada uno de los miembros para la misión «de ella emana una gran fuerza apostólica» (PC 15).

Las observancias: horarios, tiempos libres, rezos, etc., «acomodados a los requisitos del grupo».

Aquí provendría la explicación concreta de cómo hacer prácticas las consecuencias que se derivan de nuestra condición de religiosos, que vivimos en grupos pequeños.

Suponemos también, que se han superado todos los subterfugios por los que tantas veces nuestras Comunidades se *han servido de los enfermos*, mientras decíamos *servirles*.

De igual manera que en sus trabajos cada uno se siente bien ubicado, porque realiza tareas que se le acomodan, y porque las lleva a cabo desde la competencia que exigen.

Incorporados a la comunidad hospitalaria. En solidaridad. Coordinación. Creatividad de nuevas maneras de servir mejor a los enfermos. Superando los móviles materialistas, humanizando el ambiente. Sin privilegios (horarios, días libres, etc.).

RASGOS DE UNA «COMUNIDAD PEQUEÑA» QUE TRABAJA EN EL CAMPO DE LA SALUD

Incorporados a la Iglesia. «Unidos especialmente a la Iglesia y consagrados a ella» (LG 44).

Expresan la dimensión escatológica de la Iglesia. «La unidad de los hermanos pone de manifiesto el advenimiento de Cristo y de ella emana una gran fuerza apostólica» (PC). Inspiran *esperanza*.

Tratan de realizar la verdadera «koinonia-comunión en la caridad». Se rompen barreras estructurales. El animador del grupo no es impuesto desde arriba, sino descubierto desde la base.

Viviendo pobremente, hondamente preocupados por los pobres y sintiéndose enviados a evangelizar. Los marginados, los opresores, los que viven en la injusticia, los fariseos en todas sus formas, los ciegos a todas las verdades, etc. (Mt. 11, 4-6).

Se reconocen y valoran los carismas personales. Entusiasmados irradian confianza. Se posibilita un quehacer misionero al margen del trabajo hospitalario, siempre relacionados con la pastoral de salud.

Diálogo sincero que lleva a revisar su proceder. Entre los miembros de la Comunidad. Con los demás trabajadores del Hospital. Con los cristianos (pastoral de conjunto).

Comunidades abiertas. Se aceptan los seglares a convivir el mismo espíritu. Se dialoga con el mundo sin temores (radio, TV, prensa, revistas, etc.).

Se han roto las barreras de: Convento (ahora casa o residencia de los hermanos). Clausura (nada reservado o privado. Es la casa de cuantos se acercan. Sólo hay momentos de silencio y reflexión que el grupo se impone). Sin aislamientos inútiles.

Son comunidades netamente evangélicas. En la reflexión, en la oración. La Eucaristía fuente y culmen de su actuación. Actualizada constantemente: charlas, lecturas, etc.

Exigencias para pertenecer. No basta el ser mandado. Los miembros deben aceptar y dialogar.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA COMÚN EN LOS GRUPOS PEQUEÑOS

Nada decimos de su presencia en el trabajo-hospital. Su incorporación se hace desde la competencia técnica, unidos al resto de trabajadores y en acción conjunta con cuantos intervienen en el campo de la salud.

Por otra parte, cada pequeña comunidad, deberá organizarse su propio horario de acuerdo con el trabajo y tareas de los miembros. Las circunstancias se imponen.

Ofrecemos algunos aspectos que pudieran servir de orientación:

Servicio de autoridad. No se justifica el que esté liberado de un trabajo dentro del Hospital. Debe aparecer bien clara la distinción entre *superior* de la Comunidad, y tareas en el hospital. No es más ni mejor, el elegido. Debe mostrar su dimensión de animación cristiana. Porque vieron en él más fe, esperanza, caridad para animar y estimular a los hermanos, lo han considerado como Hermano Mayor. Hace a Dios presente en el estímulo a la fidelidad del carisma vocacional, que debe realizarse en la unidad de los hermanos. Su designación no puede hacerse sin tener en cuenta las proposiciones de los hermanos.

Vida de oración. Imprescindible la oración y el espíritu de oración. Importante realizarla en una forma doméstica.

Celebración de la Eucaristía. Ubicar el lugar que exprese mejor la comunión y familiaridad. En torno al altar o mesa. Hora más adecuada. Preparación previa la víspera. Participación activa: acto penitencial, homilía dialogada, preces, acciones de gracias concretas, etc.
Ritmo de celebración: ¿diariamente?

Liturgia de las Horas. Composición espontánea al ritmo del tiempo litúrgico. Participación activa. Laudes, vísperas en común. Completas en privado.

Meditación, rosario, lectura. Privado.

Comidas. Coincidir todos al menos al almuerzo o cena. Simplificar el proceder por autoservicio. No lectura, ni recuerdo de difuntos (éste podría hacerse en la Oración de la mañana).

Tiempo de ocio en común. Tener varios días en la semana algunos momentos para compartir el ocio: TV, lectura, conversación.

Revisiones de vida. Puesta en común desde el Evangelio: vida y actuaciones apostólicas. Actos penitenciales en los tiempos litúrgicos fuertes. Puesta en común

de la situación económica de los bienes comunitarios y del hospital cuando es nuestro. Información de las personas o entidades que se relacionan con nuestras obras.

Organizar el horario de la tarde que nos facilite participar en quehaceres parroquiales-diocesanos de animación de grupos cristianos que se hagan presentes en el mundo de los enfermos. Nuestra presencia en países extranjeros como *misioneros del Reino*, cuando las necesidades religiosas son tan grandes, ¿queda justificada por el solo hecho de trabajar en un Hospital con enfermos? ¿No vemos a laicos que sin tener un compromiso eclesial de disponibilidad tan grande como el nuestro, trabajan y cooperan con los sacerdotes, diáconos, obispos, además de trabajar para subsistir?

La vida ordinaria tiene mil detalles más, que sólo el buen espíritu de quienes están comprometidos con los demás en lograr su personal realización, hará que se lleven a efecto conforme a las exigencias de su vivir en común, que los potencia a un mejor servicio a los enfermos.

La tarea fundamental para el logro de una adecuación madura a nuestras situaciones concretas de grupos pequeños, corresponde especialmente a quienes tienen sobre sí la responsabilidad educadora de los hermanos, que pronto formarán parte de estas reducidas Comunidades. Ellos como *Profetas*, no sólo tienen que educar para la realidad presente, signo para un modo de trabajo y vida que se ven como muy distintos.

Los que recibimos otros criterios, podremos adaptar nuestra vida a las nuevas exigencias y tratar de cooperar a las inquietudes y nuevas formas de vida que se imprimen sobre nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

Sobre la comunidad

- ALONSO, SEVERINO M.: La Vida Consagrada, I. T. Vida Religiosa, Madrid 1975.
- HOSTIE, R.: La comunidad relación de personas, Ed. Sígueme Salamanca 1970.
- MICHOMEAN, G.: No hay vida cristiana sin comunidad, ed. Estela Barcelona 1962.

SANTANER, M. A.: Comunidades eclesiales y autoridad, ed. Nova Terra, Barcelona 1970.

USEROS, M.: Cristianos en Comunidad, ed. Sígueme Salamanca 1970.

SEBASTIÁN, F.: Secularización y vida religiosa.

ALAIZ, ATILANO: Los testigos de la fraternidad, ed. Paulinas Madrid 1971.

RUEDA, D.: Apología y desmitificación de la vida común, ed. Paulinas Madrid 1970.

FERRERÓ, R.: Carta Circular del 21 de octubre de 1971. Barcelona.

VARIOS: El resurgimiento de las experiencias comunitarias, ed. Mensajero Bilbao.

VARIOS: Vida Religiosa n.º 223, septiembre 1972. Interesantes artículos y algo de Bibliografía.

HINNEBUSCH, P.: Los signos de los tiempos y la vida religiosa, Ed. Sal Terrae, Santander 1969.

Sobre las pequeñas comunidades

ALCÁNTARA, J. M.: Dinámica de las pequeñas comunidades, Ed. Bonum, Buenos Aires 1970.

ALONSO, A.: Comunidades eclesiales de base, ed. Sígueme, Salamanca 1970.

CABALLERO, B.: Crear la Comunidad cristiana, Ed. P. Socorro, Madrid 1973.

GOMIS, J.: Comunidades cristianas (de base) en El Ciervo, enero 1972, 8-9.

FLORISTÁN, C.: Apuntes de clase. ISP de Salamanca en Madrid, curso 1970-71.

MAINS, J.: La comunidad eclesial de Base, ed. Boumum, Buenos Aires 1971.

MARX, D.: Revolución evangélica, ed. Mensajero Bilbao.

MEIGNEIZ, R.: El análisis del grupo, ed. Marova, Madrid 1970.

MUECHIELLI: La dinámica de grupos, Ibérica Europea Ed., Madrid 1969.

DRAISON, M.: Psicología de nuestras relaciones con los demás. Ed. Mensajero, Bilbao 1969.

VELA, J. A.: Dinámica psicológica y eclesial de los grupos apostólicos. Guadalupe, Buenos Aires 1961.

VARIOS: Comunidades de Masa y expresión de fe, Barcelona 1970.

VARIOS: Los pequeños grupos en la Iglesia, Madrid 1972.

ÁNGEL PERULÁN, O. H.

Viña del Mar, Chile

Temas de divulgación médica

¿QUE SIGNIFICA LA RONQUERA?

¿QUÉ ES LA RONQUERA?

La voz, está constituida por una tríada, es decir, por lo que llamamos el tono, la intensidad y el volumen. Cuando esta se altera, o sea, al bajar el tono, hay poco volumen, la calidad es mala y a esto se le denomina ronquera.

EN MATERIA DE ALTERACIONES DE LA VOZ, ¿SÓLO EXISTE LA RONQUERA?

No. Hay que distinguir entre alteraciones de la voz y las del lenguaje. Como alteraciones de la voz entendemos aquellas que se producen a nivel del órgano que produce la voz; o sea la laringe.

Como alteraciones del lenguaje, aquellas que se producen por lesiones en el sistema nervioso central con integridad del órgano fonador. Este es el caso de las llamadas disartrias, dislalias...

TODOS SABEMOS LO QUE ES LA VOZ, PERO ¿CÓMO SE FORMA?

La laringe situada a nivel de la entrada del árbol traqueobronquial podríamos definirla como un anillo más de la tráquea, pero algo modificado, tiene tres funciones específicas: función respiratoria, esfinteriana y fonatoria. La laringe emplazada en el extremo proximal del árbol respiratorio, posee unos elementos llamados cuerdas vocales que son capaces de abrir o cerrar dicho aparato respiratorio. Así cuando se desee la entrada de aire en su interior, se van a abrir y cuando se cierran, se evita que salga el aire o que penetre un cuerpo extraño.

La voz se origina cuando el aire procedente de los pulmones sale a través de las cuerdas vocales que están semicerradas. Este tono o sonido, será ulteriormente modelado por las cavidades oro-naso-faríngea que le darán un matiz especial quedando elaborada la palabra.

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS CAMBIOS DE VOZ?

Desde mucha a ninguna. Es decir puede tratarse simplemente de las consecuencias de un simple resfriado o bien ser la señal de alerta de que existe un cáncer en la laringe, sin olvidar el resto de la patogenia del órgano. Vamos a pasar revista a la misma.

Hay que distinguir dos tipos de ronquera: Psíquica y Orgánica.

Entendemos por ronquera psíquica, aquella que presentan ciertos enfermos histéricos o con procesos mentales, en los que la ronquera es voluntaria o fingida por motivos determinados, estos casos a veces son difíciles de descubrir, de todas maneras siempre se acaba por detectarlos.

La ronquera orgánica tiene varias causas:

a) *Laringitis agudas.* Las irritaciones, el uso excesivo o inadecuado de la voz, las infecciones y los pequeños traumatismos son sus causas más frecuentes. Están especialmente condicionadas a ciertas profesiones, como maestros, sacerdotes, oradores, vendedores, cantantes, etc., porque en todas ellas puede forzarse indebidamente la voz. Así, si la infección o el exceso son las únicas causas, la ronquera será solamente un síntoma secundario.

b) *Laringitis crónicas.* El síntoma principal es la ronquera que dura varias semanas o meses mientras se mantenga la causa que la produce. El alcoholismo puede contribuir a ello, debido principalmente a que los alcohólicos

crónicos tienen tendencia a abusar de su voz y además a fumar en exceso. Más que laringitis crónica, debería llamarse laringitis irritativa ya que la causa principal es una irritación y no una inflamación. Por ello no es raro y hay que recordar que frente a una ronquera de varias semanas de duración el médico especialista debe examinar las vías nasales o el aparato respiratorio en su totalidad, en busca de una sinusitis, rinitis o la patología del árbol traqueopulmonar.

Hay además, enfermedades específicas, como son, lupus, sífilis, tuberculosis también responsables.

Este tipo de ronquera tiene características típicas, ser de larga duración rara vez dolorosa y más acentuada por las mañanas.

c) *Tumores benignos.*

Pólipos vocales. Suelen fijarse en el tercio medio de la cuerda vocal, donde tiene lugar la vibración para los tonos más agudos de elevada frecuencia. Obligan a un constante carraspeo con la finalidad de aclarar la voz, llegando a veces a producirse una pérdida de la voz casi total. Algunos pólipos tienen un pedículo tan largo que en determinados momentos permite que la situación del pólipo quede por debajo, por encima o entre ambas cuerdas vocales, siendo la ronquera del paciente de carácter intermitente.

Nódulos vocales. Constituyen verdaderas reacciones inflamatorias por el abuso de los tonos elevados. Se localizan en el tercio anterior de las cuerdas vocales y son conocidos vulgarmente como nódulos de los cantantes o de los niños gritones.

La ronquera alcanza su máxima intensidad al final del día, momento en que la voz alcanza el umbral de fatiga.

Papilomas. Son formaciones de aspecto verrugoso y coloración blanquecina situados sobre las cuerdas vocales verdaderas o sobre la mucosa. Muy frecuentes en la infancia.

Leucoplasias. Lesiones límites con los precánceres, que pueden degenerar algunas veces.

d) *Tumores malignos.* Se trata, en la mayoría de casos, de carcinomas epidermoides que afectan casi siempre al sexo masculino y con mayor incidencia en los fumadores. Hoy en día y debido a que la mujer realiza una serie de hábitos semejantes al varón han aumentado esta enfermedad en ellas. La localización del mismo dentro de la laringe, varía, siendo variables las manifestaciones que pueden presentarse. Una disfonía con una duración superior a las dos o tres semanas debe intrigar al enfermo y obligar al médico a descartar cualquier lesión intralaringea.

e) *Problemas generales.* Como las anomalías de tipo endocrino, neurológicas cardiovasculares...

Así, una causa relativamente frecuente se produce en mujeres por el uso de anticonceptivos orales. Estos aumentan el nivel de andrógenos, lo que explica la ronquera prolongada. Este tipo de voz, más ronca o si se quiere más varonil, no es dañina y suele ser leve e intermitente. Es conveniente vigilarla por si aparecen modificaciones en la laringe.

f) *Parálisis de las cuerdas vocales.* Que pueden afectar a una o ambas. Pueden ser consecutivas a:

Lesiones de los nervios que transmiten los impulsos nerviosos de los músculos de las cuerdas vocales. Ya sean traumáticas, quirúrgicas, médicas o como consecuencia de

tumores existentes a lo largo de su trayecto. Lesiones de las articulaciones de los cartílagos laríngeos. Lesiones de los músculos laríngeos.

¿ES FÁCIL EL EXAMEN DE LAS CUERDAS VOCALES?

Se lo debemos al cantante español Manuel García quien en el año 1854, con el fin de visualizar sus cuerdas vocales y provisto de un espejillo de dentista consiguió verlas. Esta técnica que como se ve es relativamente fácil y nada peligrosa es conocida como técnica de la laringoscopia indirecta. Para la misma finalidad existe la técnica de la laringoscopia directa, en la que mediante un tubo rígido introducido por la boca, previa anestesia, que nosotros preferimos sea general, es posible examinar las cuerdas vocales, incluso a través de un microscopio operatorio.

A la vez, podemos también realizar el estudio radiográfico de la laringe, por tomografía, laringografía y xerografía.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Podríamos hablar de tres tipos de tratamiento: médico, quirúrgico y rehabilitador, aplicable según los casos.

Médico. Cuando exista simplemente una inflamación laríngea, bastará con la terapéutica médica, el reposo vocal, la abstención del tabaco y alcohol y las inhalaciones de vapor de agua.

Quirúrgico. Desde la ablación de los pequeños pólipos de cuerda vocal a la cirugía del cáncer laríngeo, en la actualidad muy bien sistematizada.

Rehabilitación foniátrica. Para aquellos casos en que la causa principal es un mal uso de la misma.

CUATRO CONSEJOS

Primero. Que en todo paciente con una ronquera que dure más de tres semanas se debe practicar un examen laríngeo detallado. Ya que ello puede revelar un cáncer laríngeo con toda precisión y todavía en su fase inicial, y piensen que hoy en día, los cánceres laríngeos descubiertos precozmente tienen un porcentaje muy elevado de curaciones totales, con un mínimo de mutilación.

Segundo. Que el llamado reposo de voz significa abstenerse de hablar, de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas y comidas excesivamente calientes. Aun el propio cuchicheo de la voz traumatiza las cuerdas vocales, por lo que el mejor consejo es el silencio total, comunicándose el paciente mediante la escritura.

Tercero. Aun a pesar de todo, las inhalaciones practicadas desde antiguo siguen siendo de gran utilidad. El vapor de la olla, al que se le puede añadir alguna hoja de eucalipto como aromatizante resulta muy beneficioso para la cura de laringe.

Cuarto. Que la ronquera no es el único síntoma del cáncer de la laringe, por lo que no siempre será el signo revelador de esta terrible enfermedad.

PEDRO CLARÓS

Doctor en Medicina y Cirugía
Especialista en Otorrinolaringología.
Hospital San Juan de Dios. Barcelona

EL LUGAR DEL VOLUNTARIADO EN LA TERAPIA DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

Ante todo deseo daros las gracias por vuestra amable invitación que por una parte me permite llevaros las experiencias de la fundación Claude Pompidou, respecto al voluntariado de hospital que me interesa en gran manera y, por otra, en un plano estrictamente personal, me da la alegría de estar en Roma por primera vez en mi vida.

Antes de hablaros del voluntariado quisiera deciros dos palabras sobre la *Fondation Claude Pompidou*.

Esta fundación se remonta al año 1970 y fue creada por la señora Pompidou (entonces esposa del Presidente de la República Francesa) según la adición por la cual la esposa del Presidente une su nombre a una obra social. La señora Pompidou, hija y madre de médico, quiso unir su nombre a una obra que se desarrolla según tres líneas de asistencia:

- a los ancianos;
- a los minusválidos;
- a los enfermos.

Actualmente el voluntariado a los enfermos dispone de 400 voluntarios divididos entre 10 hospitales (20 departamentos) de la ciudad y 4 en provincias, lo que representa 2.500 ó 3.000 enfermos. El voluntariado tiene lugar en los hospitales de la asistencia pública.

Por lo poco que he oído, no creo que vuestra situación hospitalaria sea mejor que la de Francia.

Preguntémonos rápidamente el porqué de esta deshumanización de los hospitales.

Trataré de contestar por lo que se refiere a París y a Francia. Creo que existen dos series de causas:

- 1) De orden material.
- 2) De orden psicológico.

1) Una razón fundamental es la escasez de personal de asistencia, las grandes cargas de trabajo, la prioridad que debe darse a los cuidados.

Por otra parte los distintos equipos de la mañana, de la tarde y de la noche, tienen pocos contactos, y quizás hay también falta de contactos entre médicos y personal. ¿Quizás podría atribuirse en este aspecto una cierta responsabilidad a los médicos?

2) Falta de preparación psicológica de los médicos y personal de asistencia.

El enfermo es considerado como un cuerpo.

Quizás existen malas relaciones entre equipos de personal o entre personal y enfermo.

Quizás estas actitudes son una forma de autodefensa del personal hospitalario contra la angustia, es un mecanismo de defensa contra los problemas del ambiente, y a menudo en ciertos sectores (cancerosos, etc...) es una forma de fuga.

Las condiciones materiales de los enfermos son sin duda importantes, pero mucho menos que las afectivas (morales).

El slogan de que basta a veces repintar las salas para enderezar la moral no es suficiente.

El voluntariado de la Fondation Claude Pompidou empezó en 1971 en dos secciones:

- Gastroenterología en el Hospital «La Pitié-Lariboisière».
- Neurología en el Hospital Beaujon.

Este último es muy viejo y se encuentra en un barrio socialmente problemático, mientras que en la Pitié (mucho más moderno) se trataba de una sección nueva.

Nos preguntamos en cuál de los dos ambientes seríamos más útiles, pero nos dimos cuenta de que la demanda es igual en cualquier tipo de hospital.

Empezamos con 30 voluntarios, haciendo siempre una sección a la vez (nunca invasiones en masa de voluntarios) iniciando nuestra actividad únicamente a petición del jefe del departamento.

Sin embargo antes de empezar tuvimos algunas conversaciones con las diversas categorías de personal implicado (explicación de nuestro trabajo, etc.).

Basta una sola reacción negativa para no empezar. Debemos trabajar de acuerdo con el personal (hospitalario, de otro modo es un trabajo inútil).

Nuestra presencia es diaria con equipos de dos voluntarios, pero según la importancia del departamento hay 2-4-6 personas entre las 12 y las 15, las 16 ó 16,30 y las 19 ó 19,30. Los equipos se suceden cada día, de lunes a viernes, y cuando es posible, aseguramos también una presencia el sábado y el domingo. El compromiso es de tres horas por semana (en una vez) por un año con períodos de vacaciones, pero tres ausencias no justificadas conducen a la exclusión del voluntariado.

Existía en Francia una opinión negativa sobre el voluntariado debido a formas de intervención con un concepto caritativo (actividad veleidosa ejercida cuando se disponía de tiempo libre, como algo en que ocuparse) reservado a un cierto ambiente social. Esta forma de asistencia era rechazada en conjunto y vista con hostilidad por el personal.

Ahora tenemos un nuevo estilo de voluntariado y reclutamiento para atender a las diversas necesidades de los enfermos: africanos, trabajadores, etc. Mientras que antiguamente el voluntariado estaba (o parecía) reservado para un ambiente determinado, hoy en día tenemos una gran representación de trabajadores, empleados, a veces también operarios. Yo diría que las personas que trabajan representan los 2/3 de nuestros efectivos y vemos que esto es muy útil para que pueda existir un diálogo con todos los enfermos.

Hemos querido diferenciarnos:

1. Distinguirnos por la seriedad de nuestro compromiso y con la variedad del reclutamiento abierto a cualquier

ambiente social, a todas las religiones y a todas las razas (reclutamiento reciente de africanos).

2. Nos hemos impuesto respetar las condiciones de trabajo del personal hospitalario deslindando claramente el campo de nuestra actividad (sin competir con el del personal entre el cual se presentan a menudo problemas salariales) con absoluto respeto para los compromisos profesionales.

Los equipos en servicio diario para departamentos de 100 enfermos son de 25 a 30 personas.

En el Hotel-Dieu trabajamos en 5 departamentos con 100 voluntarias.

EL VOLUNTARIADO

1. En un trabajo de relación, de encuentros, de disponibilidad absoluta. Puede ocurrir que se pase todo el tiempo con una persona que tenga necesidad de asistencia. Importa sólo que sea mencionado en el «libro de a bordo», para informar al equipo que sirve. Anticipo que dicho libro hace de hilo conductor para unir el trabajo de los equipos que se suceden y permite a las responsables seguir la marcha del trabajo y la fidelidad al compromiso. El trabajo es un trabajo de escucha, respetuoso y atento, caluroso (no indiscreto) dispuesto a acoger la petición del enfermo y a tratar de responder a la misma.

2. Es una ayuda material: encargos, cartas, llamadas telefónicas, etc.

3. Puede ser una ayuda al personal hospitalario; a veces ayudamos en los trabajos auxiliares, por ejemplo, distribución de las comidas, a petición del personal de asistencia (sin esta petición ni siquiera tocamos una bandeja) o bien ayudamos a quien no puede o no quiere comer (por ejemplo en oftalmología donde a menudo el personal no consigue ayudar a todos).

Así hemos intentado definir las tareas del voluntariado.

Para cada departamento hay una persona responsable que colabora directamente con la enfermera-jefe.

De vez en cuando reunimos tanto a las responsables como a las voluntarias en seminarios de desarrollo (conferencias, mesas redondas, etc.).

A veces hemos tenido problemas con el personal hospitalario desde el punto de vista político o sindical.

Se decía que:

1. Hacíamos la competencia en asumir la responsabilidad.

2. Contribuíamos a disimular las carencias organizativas.

3. Asumíamos las partes más interesantes del trabajo dejando el más difícil al personal.

4. Éramos un obstáculo para la relación entre el personal y los enfermos.

Dejamos correr las críticas políticas, rechazamos las etiquetas; lo que a nosotros nos interesa es el *ser humano*.

He aquí un resumen de la organización:

Empezamos nuestra actividad en una sección a petición

del jefe y escogemos entre los voluntarios las personas más adecuadas para el tipo de servicio.

Como ya hemos indicado, en cada sección hay un libro registro donde constan las llegadas y salidas del voluntariado, indicación de su trabajo, mención especial respecto a determinados enfermos. No entramos nunca en competencia con los servicios sociales (asistente social) aunque a veces podemos servir de mediación entre el enfermo y el servicio social.

El voluntariado está abierto para todos (ambiente, religión, sexo, raza). Tratamos de reclutar con ayuda de la prensa, radio y televisión, pero no es fácil; no es una actividad que constituya noticia (actualidad). De vez en cuando hacemos artículos, conferencias, siempre con el objeto de sensibilizar a la opinión pública hacia el problema.

En este momento nos ayuda la política del Gobierno que tiende a sensibilizar también a la opinión política sobre la importancia del Voluntariado, sobre la necesidad de intervenir en el plano colectivo para conseguir una sociedad más humana.

Hemos tenido dificultades, por ejemplo letreros contra nosotras como los de «señoritas vuelvan a hacer punto de media»..., hoy somos más de 400 voluntarios en 20 secciones y 4 en provincias, muy bien acogidos.

El planteamiento es siempre el mismo pero el trabajo puede presentar aspectos diversos, por ejemplo en los departamentos de gerontología o asilos de ancianos (animación-iniciativas).

Volviendo al reclutamiento tratamos de escoger bien a los voluntarios, no según etiquetas sino considerando factores de equilibrio personal, de apertura, de carga humana, cualidades de dinamismo, afectivas, de preocupación en el plano humano. Deben ser personas abiertas para ofrecer ejemplos de inmejorables cualidades de relación, también entre enfermos y personal hospitalario a fin de reducir el aislamiento del enfermo. A veces la visita puede ser también sólo una toma de contacto con el personal; el tiempo que se emplee en ello es también muy provechoso. Es importante tener el cuadro de sus compromisos, de sus responsabilidades, toda esta preparación es siempre beneficio del enfermo; cuanto más el voluntariado tome conciencia de los problemas tanto del enfermo como del personal (condiciones de trabajo, etc.) más eficaz será su trabajo. A menudo estos encuentros provocan en los individuos un cambio... ¡revolucionario!

Cuanto más se difunde la convicción de que los enfermos son ante todo seres humanos, con todas las necesidades afectivas y psicológicas de los hombres, con necesidad de ayuda, de atención, de amor, más eficaces somos. El voluntariado debe ser portador de fe, de esperanza (también en lo que hace).

Los voluntarios serán más eficaces a medida que los jefes de sección sean conscientes de los problemas y soliciten su presencia.

El enfermo es un ser completo que sufre con la totalidad de sus prerrogativas y de sus necesidades, es una persona, que sufre y es una persona que tiene necesidad de ser curada, asistida, amada.

C. MAITRE DU CHAMBON

Religieuse Ospedaliere

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH

Noticiario

Hospitales

TORONTO 1976

PARTICIPACIÓN DE GUATEMALA EN LA PARAOLIMPIADA

A raíz del terremoto que esta ciudad tuvo que soportar, las actividades programadas por el comité de deportes de lisiados, bajo la dirección del doctor Mario Luna de Florán, sufrieron significativos cambios; fue así como se cambió la fecha de realización de los primeros «Juegos Nacionales de Lisiados», habiéndose trasladado de febrero para el mes de julio de 1976.

Fueron estos juegos una gran experiencia en la vida de todos los lisiados que por vez primera participaron en una justa deportiva de esta naturaleza.

Se tomaron las mejores marcas para integrar la selección de atletas que viajaría a Toronto, Canadá. Así queda formado por 11 atletas y 6 oficiales dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzos para entrenar y mejorar sus marcas venciendo todo obstáculo que se presentara.

Muy pronto la máxima entidad deportiva del país (Confederación Deportiva Autónoma) presta su concurso proporcionando instalaciones y transporte para los entrenamientos.

Ya estamos en el día primero de agosto, fecha de partida para Toronto a los Juegos Olímpicos programados del 4 al 11 de agosto.

En nuestra delegación participaron 2 amputados y 9 parapléjicos. Habiendo competido en las disciplinas siguientes: natación, tenis de mesa, arquería para novatos, datchery, levantamiento de pesas categorías pluma ligero y categoría pluma.

Los resultados fueron satisfactorios ya que a pesar de contar con desventajas como poca preparación y falta de equipo técnico adecuado, logramos ocupar puestos que nos llenan de orgullo y satisfacción.

La mayor de las satisfacciones la constituye el siguiente relato: La arena de Centennial Park en Etobicoke, se encontraba completamente llena, y no era para menos ya que se trataba de la final de uno de los eventos más populares y emocionantes, levantamiento de pesas, deporte en el cual se pone de manifiesto la capacidad del músculo bien entrenado, que hace hombres fuertes con facilidad de levantar tres veces su propio peso corporal.

El público bullicioso, los atletas participantes impacientes e inquietos por demostrar al mundo esa fuerza física que proviene de un espíritu igualmente fuerte.

Ha finalizado la competición de la categoría pluma ligero en la que han sido derrotados dos de nuestros atletas quienes han tenido que conformarse con la satisfacción que deja el haber participado en un torneo de tal naturaleza.

Pero todavía queda una carta por jugar para Guatemala. Uno de sus atletas luciendo su uniforme azul y blanco, se encuentra allá en el área de calentamiento. Se trata de José Rolando De León, el *Chenquito* como cariñosamente le decimos; un joven sencillo de un corazón noble, de apenas 1,58 metros de estatura y con un peso corporal de 55,1 kilos, a quien cuando niño le atacara el más cruel enemigo de la niñez como lo es la poliomielitis, dejando sus huellas en una de sus piernas teniendo que valerse de un *aparato* para caminar; y de quien entre sus anécdotas personales figuran tres intentos de suicidio cuando adolescente, al verse físicamente lisiado, y que no fue sino por el deporte de los *Fierros*, que desechó aquellos pensamientos negativos.

Ahora lo vemos en la Paraolimpiada 76 a nivel mundial. Es su turno y ha dicho a su entrenador que pida la *barra* cargada con un peso de 140 kilos para su primer levantamiento y lo logra. Viene el segundo levantamiento para el que pide la barra con 150 kilos, los que logra levantar, recibiendo la ovación del público presente. Ya sólo tiene un intento más con el cual tiene que disputarse ante

cuatro atletas cualquiera de los lugares de honor. El panorama se ve difícil ya que parece ser que el primer lugar se lo ha asegurado el europeo Benny Nilsson quien ya levantó los 170 kilos. Así pues José Rolando pidió la barra con 157,5 kilos pero esta vez la barra subió inclinada, lo que bastó para que los jueces declararan como anulado el levantamiento por lo que tuvo que conformarse con un glorioso tercer lugar *medalla de bronce* mundial con una marca de 150 kilos imponiendo un nuevo récord Panamericano en la categoría pluma.

Esta es la mayor satisfacción para la delegación *chapina* y para Guatemala entera.

Hoy más que nunca esta patria necesita del deporte entre los lisiados de todo tipo, edad y sexo, que ambulan por las calles sin rumbo fijo otros se abandonan en sus hogares no queriendo saber de nada.

Hemos aprendido mucho, hemos adquirido experiencias que queremos compartir especialmente con los lisiados, que estamos seguros obtendrán beneficio de esto. Solamente ayúdenos a hacerlo.

FT. SAMUEL VELÁSQUEZ R.
Entrenador de Deporte de Lisiados. Guatemala.

BARCELONA

ESCUELA DE ATS

CICLO DE CONFERENCIAS

FEBRERO

Día 7, lunes, a las 19 horas. *La profesión de enfermería, hoy*. Por doña Elvira Guilera Soler, Gerente del Hospital Oncológico de Barcelona.

Día 14, lunes, a las 19 horas. *La Seguridad Social en el mundo y en España*. Por don Ignacio Aragó Mitjans, Director científico de la revista «Estudios sobre hospitales».

Día 21, lunes, a las 19 horas. *Líneas evolutivas de la asistencia hospitalaria en la actualidad*. Por don Francisco Sola Pagola, Secretario de la Oficina Técnica de Planificación y Coordinación Hospitalaria.

Día 28, lunes, a las 19 horas. *Evaluación y promoción de la calidad hospitalaria*. Por don Francisco Sola Pagola.

MARZO

Día 7, lunes, a las 19 horas. *Derecho a la salud*. Por don Jesús M. De Miguel, Profesor de Sociología. Universidad Autónoma.

Día 14, lunes, a las 19 horas. *Problemática de la Sanidad Española*. Por don Augusto Salazar Palau, Presidente de la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Cataluña y Baleares.

Día 21, lunes, a las 19 horas. *Reforma Sanitaria*. Por don Ramón Vilella Figueras, Abogado. Gerente del Hospital Psiquiátrico de Reus.

Día 28, lunes, a las 19 horas. *Economía y Administración Hospitalaria*. Por don Juan Luis Alabern Carne, Administrador del Hospital San Juan de Dios.

ABRIL

Día 18, lunes, a las 19 horas. *Asistencia Sanitaria no urbana*. Por don Pascual Giner Soria, Médico Jefe Adjunto de Pediatría de San Juan de Dios.

Día 25, lunes, a las 19 horas. *Responsabilidad profesional de los ATS*. Por don Amado Palou Sanromá, Director de la Escuela de ATS de San Juan de Dios.

MAYO

Día 2, lunes, a las 19 horas. *Ateísmo y creencias religiosas ante la muerte*. Por don José M.^a Vía Tartarull, Profesor de la Facultad de Teología. Universidad de Barcelona.

IV CURSO DE ENFERMERÍA

Terapéutica farmacológica en enfermería

MARZO

Día 3, jueves. *El servicio de farmacia y su conexión con el servicio de enfermería*. D. Ángel Manuel Borrego Dionis, Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital San Juan de Dios. *Importancia de la formación farmacológica del ATS*. D. Joaquín Bonal de Falgas, Presidente de la Asociación Nacional de Farmacéuticos de Hospitales. Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Cálculo matemático elemental aplicado a la enfermería y dosificación I*. D. Isaías Salagre Carnero, Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital de la Cruz Roja. *Cálculo matemático elemental aplicado a la enfermería y dosificación II*. D. Isaías Salagre Carnero. *Importancia de una distribución racional de medicamentos. Sistemas de distribución*. D. José M.^a Suñé Arbussa, Catedrático de la Facultad de Farmacia de la Universidad. Jefe del Servicio Farmacéutico de la Residencia de la Seguridad Social Francisco Franco.

Día 4, viernes. *Sistema de distribución por dosis unitarias*. D. Luis Triquell Sabaté, Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital General de Granollers. *Valor terapéutico de la alimentación y su posible interacción con la terapéutica medicamentosa*. D. Amado Palou Sanromá, Jefe de Sección de Endocrinología Pediátrica del Hospital San Juan de Dios. *Peculiaridades de la medicación en pediatría*. D. Joaquín Plaza Montero, Director Médico del Hospital San Juan de Dios. *Intoxicaciones medicamentosas y su especial importancia en pediatría*. D.^a Concepción Barroso Pérez, Jefe del Servicio Farmacéutico de la Residencia de la Seguridad Social Francisco Franco. *El centro de información de medicamentos y su importancia para el personal de enfermería*. D. José Suñé Arbussa.

Día 5, sábado. *La preparación y administración de mezclas intravenosas y soluciones de alimentación parenteral*. D.^a M.^a Antonia Rafart Font y D.^a M.^a del Carmen Fabrega Bosacoma, Farmacéuticos Residentes del Servicio de Farmacia del Hospital San Juan de Dios. *Aspectos éticos en las aplicaciones farmacológicas*. D. Gabino Gorostieta Ilundain, Licenciado en Teología. Capellán del Hospital San Juan de Dios. *Seminario-Mesa redonda*. Profesores del curso. *Clausura del curso. Entrega de diplomas*.

V CURSO DE ENFERMERÍA

La clínica y el laboratorio en enfermería

ABRIL

Día 21, jueves. *Recogida de orina y sus determinaciones*. D.^a Pilar Rabat Oliva, Bióloga. *Hemocultivo, urinicultivo, coprocultivo, LCR*. D.^a Teresa Juncosa Morros, Bióloga.

Epidemiología y esterilización. D. Daniel Aguilar Puig, Técnico. *Estudio del líquido céfalo-raquídeo.* D. Jesús M.^a Estella Aguado, Médico. *Extracciones de sangre.* D.^a Josefina Teresa Domínguez Núñez, ATS.

Día 22, viernes. *Urea y enzimas; su significado en la clínica.* D.^a M.^a Luisa Álvarez Domínguez, Farmacéutica. *Equilibrio ácido-base. Ionograma. Deshidratación.* D. Francisco Ramón Bauza, Farmacéutico. Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos. *Glucosa. Bilirrubina. Proteinograma y proteínas totales.* D.^a Enriqueta Calvet Micas, Ciencias Químicas. *Estudio de las grasas.* D.^a M.^a Carmen Gimeno Bosch, Farmacéutica. *Hemograma y velocidad de sedimentación globular.* D. Jesús M.^a Estella Aguado, Médico.

Día 23, sábado. *Inmuno-Banco.* D.^a María Ángeles Camprubí Duocastella, ATS. *Coagulación.* D.^a Marina Mateo Morraja, Médico Jefe del Departamento. *Cuidados clínicos y terapéuticos en enfermos neoplásicos.* D. Juan Illa Sala, Médico especialista en clínica. Hematología. *Entrega de diplomas. Fin de curso.*

VI CURSO DE ALTA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

Nuevas tendencias y teoría de la administración en la dirección de servicios de enfermería

MAYO

Día, 2 lunes. *Entrega de carpetas en secretaría. Inauguración. El hospital como institución social y agencia de salud de la comunidad.* Ignacio Casals C. Jovellanos. *El papel de la enfermería en los servicios hospitalarios.* Myrian Ovalle de Casals. *Naturaleza y componentes conceptuales de la enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *Métodos de trabajo de grupo.* Luis M.^a Belzuz Barandalla.

Día 3, martes. *El departamento de enfermería dentro de la estructura hospitalaria.* Cecilio Eseverri Chaverri. *Filosofía y base conceptual del Departamento de Enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *Objetivos del departamento de enfermería. Funciones inherentes al departamento.* Myrian Ovalle de Casals. *Trabajo de grupo.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri.

Día 4, miércoles. *Teoría de la administración.* Myrian Ovalle de Casals. *Aplicación de la teoría de la administración a los servicios de enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *Planes económicos y costes del departamento de enfermería en relación con los del hospital.* Juan Luis Alabern Carné. *Trabajo de grupo.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri. *Lectura conclusiones del trabajo de grupo.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri.

Día 5, jueves. *El proceso de la organización (1.^a parte).* Myrian Ovalle de Casals. *El proceso de la organización (2.^a parte).* Myrian Ovalle de Casals. *Niveles de personal de enfermería. Su preparación y sus funciones.* M.^a Teresa Echaniz Ibarra. *Trabajo de grupo.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri. *Lectura de conclusiones de los trabajos de grupos.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri.

Día 6, viernes. *Elaboración de normas para el departamento de enfermería. Manual.* Myrian Ovalle de Casals. *Análisis del trabajo y descripciones de trabajo del personal del departamento.* Cecilio Eseverri Chaverri. *El proceso de hacer decisiones como instrumento fundamental para la administración y funciones ejecutivas.* Myrian Ovalle de Casals. *Evaluación del departamento de enfermería*

(1.^a parte). Cecilio Eseverri Chaverri. *Evaluación del departamento de enfermería (2.^a parte).* Myrian Ovalle de Casals.

Día 7, sábado. *Expectaciones de los pacientes y su implicación ética.* Gabino Gorostieta Ilundain. *Evaluación y promoción de la calidad hospitalaria.* Francisco Sola Pagola. *Responsabilidad Civil y Penal de la actuación profesional de los ATS.* José M.^a Sostres Comas.

Día 9, lunes. *Perspectivas y nuevas tendencias del cuidado de enfermería.* Cecilio Eseverri Chaverri. *Planeamiento del cuidado de enfermería (1.^a parte).* Myrian Ovalle de Casals. *Planeamiento del cuidado de enfermería (2.^a parte).* Myrian Ovalle de Casals. *Evaluación del cuidado directo del paciente.* Myrian Ovalle de Casals. *Método de simplificación del trabajo.* Myrian Ovalle de Casals.

Día 10, martes. *El proceso de cambio. Aspectos psicosociales y educacionales.* Myrian Ovalle de Casals. *Planeamiento del horario de trabajo. Asignación del trabajo.* Cecilio Eseverri Chaverri. *Métodos de trabajo empleados en enfermería. El trabajo en equipo de enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *El equipo de salud.* Cecilio Eseverri Chaverri.

Día 11, miércoles. *Relación entre dirección y liderazgo en enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *Relación humana en el ejercicio de la enfermería.* Luis M.^a Belzuz Barandalla. *Elementos y conceptos básicos de la comunicación.* Myrian Ovalle de Casals. *Técnicas y métodos de comunicación en el departamento de enfermería en interrelación con los otros departamentos del hospital.* Myrian Ovalle de Casals. *Trabajo de grupos.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri.

Día 12, jueves. *La educación permanente como factor de desarrollo continuo en los departamentos de enfermería.* Myrian Ovalle de Casals. *Principios de aprendizaje y métodos utilizados en la educación.* M.^a Teresa Echaniz Ibarra. *Organización de programas de orientación de personal.* Myrian Ovalle de Casals. *Adiestramiento en servicio y organización del programa.* Cecilio Eseverri Chaverri. *Programas para el desarrollo de organización y liderazgo.* Myrian Ovalle de Casals.

Día 13, viernes. *La supervisión como función administrativa. Elementos y características fundamentales.* Myrian Ovalle de Casals. *El proceso de evaluación del personal y métodos de evaluación.* Cecilio Eseverri Chaverri. *Evaluación del curso.* Myrian Ovalle de Casals - Cecilio Eseverri Chaverri. *Entrega de diplomas.*

VII CURSO DE ENFERMERÍA

Cuidados intensivos en pediatría

JUNIO

Día 16, jueves. *Reanimación del recién nacido.* D. Vicente Molina Morales, Médico. *Conducta ante el recién nacido de alto riesgo.* D.^a Isabel Lizarraga Vidaurreta, Médico. *Oxigenoterapia.* D. Javier Krauel Vidal, Médico. *Características fisiológicas del recién nacido y prematuro que condicionan su asistencia.* D. Hugo Alfonso Moncalvo, Médico. Jefe Departamento. *Aparillaje de un servicio de cuidados intensivos neonatales.* D.^a María Padró Hernández, ATS. Supervisora. *La deontología profesional y la asistencia a enfermos en situaciones límite.* D. Gabino Gorostieta Ilundain, Capellán.

Día 17, viernes. *Organización general de UCI. Asepsia.* D. Emilio Comas Miró, ATS. Supervisor. *Alimentación del enfermo en UCI. Alimentación parenteral. Cuidados y controles de rutina. Gráficas.* D. Fco. Javier Muñoz López, Jefe Enfermería. *Monitorización: Presión venosa central. Control diuresis. Balance líquidos. Su importancia. Diálisis peritoneal, deshidratación, insuficiencia renal, shock.* D. Luis Tobeña Boada, Médico. *El enfermo convulsivo. Cuidados y control. Grandes quemados. Cuidados. Asistencia al enfermo en coma.* D. Tomás Asensio Torres, Jefe Enfermería. *Sondajes. Punciones. Cateterizaciones. Técnicas y cuidados.* D. Antonio Marset Boza, Técnico.

Día 18, sábado. *Shock. Evolución. Cuidados del enfermo en shock.* D. J. M.^a Martín Rodrigo, Médico. Jefe Servicio. *Parada cardiorrespiratoria. Técnicas de reanimación. Intubación endotraqueal. Traqueotomía. Cuidados.* D. José Caritg Bosch, Médico. *Ventilación mecánica. Tipos. Ventajas y riesgos Cpap. Rim. Respiradores de mayor uso en Pediatría. Cuidados del enfermo bajo ventilación mecánica. Fisioterapia respiratoria. Técnicas.* D. Santiago García-Tornel Florensa, Médico.

SEMINARIO SOBRE EL ABORTO

Se celebrará en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona los días 24, 25 y 26 de marzo.

Día 24. *Aspectos ginecológicos del aborto.* Dr. Luis Campos Navarro. Jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de San Juan de Dios. *Aspectos sociológicos del aborto.* D. Ramón Bonal Falgas. Sociólogo del servicio de estudios de la Fundación «Jaime Bofill».

Día 25. *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto.* Dr. Fernando Angulo Gracia. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de San Juan de Dios. *Aspectos jurídicos del aborto.* D. José María Ferré Martí. Abogado Profesor A. de la Universidad de Barcelona.

Día 26. *Aspectos genéticos de los abortos espontáneos.* Dr. Jaime Antich Femenias. Jefe del departamento de Genética del Hospital de San Juan de Dios. *Aspectos morales del aborto.* D. Benjamín Forcano. Profesor de Teología Moral de la Universidad Pontificia de Salamanca. *Mesa redonda. El hospital de la iglesia católica y el aborto.* Entre los profesores del Seminario. Presidente, Dr. J. Plaza Montero. Médico Director del Hospital de San Juan de Dios. Moderador: Gabino Gorostiea. Capellán del Hospital de San Juan de Dios. El Secretario y Coordinador del seminario es Francisco Sola. El seminario está patrocinado por la obra cultural de la *Caja de Ahorros Sagrada Familia*. L'estalvi.

EL NUEVO DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD (NO MÉDICO) OPINA SOBRE:

SANIDAD-SEGURIDAD SOCIAL

Los respectivos campos operativos no son completamente coincidentes. Acaso decir que la Sanidad Nacional tiene primordialmente fines preventivos mientras que a la Seguridad Social le atañen finalidades curativas y asistenciales, con todas las precisiones y rectificaciones a que haya lugar, puede ser el punto de partida para considerar los cometidos y las relaciones institucionales que en su cumplimiento se desarrollan. ¿Relaciones? Las que estén presididas por estos tres principios:

1) Estricta sumisión a un concepto de unidad de fines y de coordinación de funciones.

2) Configuración de los respectivos cometidos y de los campos de aplicación institucionales que elimine la concurrencia innecesaria o la duplicación de servicios o el mantenimiento de lagunas injustificables en el despliegue de la Sanidad total.

3) Eficacia operativa en el mejor servicio a la población y con la mayor economía de recursos.

REFORMA SANITARIA

Esta es la gran tarea y el reto con que nos enfrentamos.

Ha de desplegarse sobre diversas vertientes, pero ha de tener un solo fin: el servicio del pueblo, creando estructuras dinámicas y flexibles. En el orden administrativo se impone la unificación de los fines técnicos y la coordinación de los servicios, de tal modo que se excluyan tanto duplicaciones como vacíos normativos o asistenciales.

En el orden institucional, la Sanidad Nacional, entendida en su más pleno sentido, deberá integrar, conforme a un repertorio de fines y cometidos claramente definidos, cuantas corporaciones, organismos, entes públicos y privados cumplen funciones o manifiestan vocación sanitaria, estableciendo, con sentido de rigurosa unidad, una complementación recíproca, una articulación racional y una coordinación rigurosa que permita el alcanzamiento de los fines con la mayor economía de recursos.

RED HOSPITALARIA

Los hospitales a cargo de la Sanidad Nacional no integran una red propiamente dicha, por lo que no se dan en ella, conforme a racionales principios organizativos, características de coordinación, jerarquización y regionalización de servicios.

MEDICINA RURAL

Se habrá de partir del principio de igualdad de derecho a la salud por parte del campesino y del habitante de las ciudades. Habrá de desarrollarse la comarcalización con la creación de centros dotados convenientemente para el ejercicio de la medicina en dicho escalón y que venga a ser el aglutinante de los profesionales sanitarios de toda índole. Esta comarcalización, deberá hacerse posible gracias a una nueva conciencia sanitaria que deberemos contribuir a formar y a desarrollar mediante un esfuerzo de educación y de impregnación mental en los propios sanitarios, en las autoridades locales y en las poblaciones rurales.

MEDICINA PREVENTIVA

Es preciso jerarquizar la vertiente de la Sanidad preventiva dentro del marco de la Sanidad Nacional.

Los cimientos hay que asentarlos sobre una conciencia pública que hay que desarrollar en este sentido y conformar mediante una acción intensa y tenaz.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

Se hace preciso: desarrollar la llamada psiquiatría comunitaria o actuación de los médicos y del personal sanitario auxiliar, prestando mayor relevancia a los factores psicosociales y culturales. Esta psiquiatría se basa en la

actuación continuada del personal en consultorios y ambulatorios; prestar la máxima atención a la psiquiatría preventiva y de diagnóstico precoz.

La asistencia psiquiátrica ha de efectuarse preferentemente fuera de los hospitales psiquiátricos, en atención de postcura, desarrollando los conocimientos sobre psiquiatría que han de poseer los médicos generales, singularmente los rurales.

La asistencia psiquiátrica intrahospitalaria debe atender exclusivamente a aquellos enfermos que necesiten de este tipo de atención.

Se ha de reducir la duración media de la estancia de cada enfermo, ya que el hospital psiquiátrico puede, a la larga, ser un elemento productor de enfermedad (hospitalismo) por falta de interés y estímulo del enfermo.

Es necesaria mejor dotación en personal médico y sanitario auxiliar.

MODELO SANITARIO

No se ajusta a las necesidades y exigencias actuales de nuestra sociedad; no es adecuado; aun diría con espíritu

hipercrítico que no es siquiera modelo. La conceptualización de modelo atrasado no es la más acertada.

MINISTERIO DE SANIDAD

Es demasiado pedirme a mí, y en estos momentos iniciales de mi gestión, que haga vaticinios sobre estructuras administrativas concretas que están en estudio, que se estudian en otras instancias y que habrán de integrarse en el marco de reformas administrativas más amplias.

ECONOMÍA SANITARIA

La salud pública es verdaderamente onerosa, pues requiere un enorme despliegue de medios institucionales, personales y materiales.

El problema que requiere una preocupación constante, que deberá ser casi obsesiva, es el desarrollar la acción necesaria en las más óptimas condiciones de economía, que naturalmente no consiste en gastar poco, sino en seleccionar rigurosa y acertadamente los objetivos y aplicar a su logro los recursos estrictamente necesarios.

Pastoral

LA CONFERENCIA EPISCOPAL Y LA PASTORAL SANITARIA

El acontecimiento merece ser puesto de relieve. Y no precisamente por la parte que le toca al que suscribe, aunque no sea poca. Ni porque pensemos, indebidamente, que hemos *descubierto la pólvora*. El tiempo no se presta para triunfalismos ingenuos.

Ha sido sin embargo un hecho eclesialmente noticiable y destacado. También la prensa diaria y periódica se ha hecho eco del mismo.

Por primera vez los señores obispos, reunidos en Asamblea Plenaria, han dedicado atención y tiempo a la Pastoral Sanitaria o, lo que es lo mismo (pero más) a la presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la salud.

La constatación se presta a meditaciones nada halagüeñas. Pero sólo servirían acaso para indicarnos cómo está el *horno*.

Como esta reseña no tiene otra pretensión que la de informar respecto al título que la encabeza, no voy a ofrecerles consideraciones que cada cual puede hacer por su cuenta y riesgo.

Desde hace tiempo el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria deseaba, de alguna forma, hacer partícipes a los obispos de España de la *problemática* que entraña hoy la presencia de la Iglesia en el mundo sanitario. El panorama nacional y diocesano de este sector de actividad eclesial así nos lo hacía ver. Por otro lado, hasta el presente (sobre todo a partir de la creación del Secretariado) han sido ya muchas las iniciativas realizadas, tanto a nivel de capellanes como de religiosas, como para pensar que existía ya una *base* suficiente para darle a la acción del Secretariado un mayor alcance de conjunto y de nivel.

Los días 27 y 28 de septiembre en la reunión que

celebramos en Aravaca (Madrid) el Equipo Nacional del Secretariado ya perfilamos el esquema y el contenido de un *informe* que sería presentado en la próxima Asamblea Plenaria del Episcopado.

La finalidad ya ha quedado apuntada. Añado que el *informe* era y ha sido concebido como un primer paso, simplemente introductorio. Habían sido ya varios los obispos que nos habían confesado su casi total ignorancia (que no desinterés) con respecto a la problemática actual del mundo sanitario y de la presencia de la Iglesia en el mismo.

Concebido, pues, en términos de modestia, el *informe* ha intentado ofrecerles una visión de conjunto de dicha problemática sin incidir exhaustivamente sobre temas concretos o particularizados.

En su preparación hemos intervenido, con el asesoramiento de algún experto de la Dirección General de Sanidad, Rudesindo Delgado, Fidel Delgado, Paco Sola, Isabel Bello y el que suscribe, contando asimismo con la participación activa de monseñor Manuel Casares, Presidente del Secretariado.

El informe (confeccionado y redactado en su última fase por Rudesindo y por el que suscribe) consta de tres partes y obedece al conocido esquema: «dónde estamos», «hacia dónde vamos» y «con qué medios». La primera parte es por tanto un estudio-análisis de la realidad: Qué significa e implica enfermar hoy; el contexto sanitario español; y presencia actual de la Iglesia en el mundo de la salud. En la segunda parte, siempre dentro de una visión de conjunto, se presentan algunas orientaciones básicas y algunos objetivos de cara a la acción de la Iglesia en ese mundo. Y finalmente, a modo de conclusiones, se proponen algunas sugerencias operativas a la Conferencia Episcopal para ser votadas y asumidas.

actuación continuada del personal en consultorios y ambulatorios; prestar la máxima atención a la psiquiatría preventiva y de diagnóstico precoz.

La asistencia psiquiátrica ha de efectuarse preferentemente fuera de los hospitales psiquiátricos, en atención de postcura, desarrollando los conocimientos sobre psiquiatría que han de poseer los médicos generales, singularmente los rurales.

La asistencia psiquiátrica intrahospitalaria debe atender exclusivamente a aquellos enfermos que necesiten de este tipo de atención.

Se ha de reducir la duración media de la estancia de cada enfermo, ya que el hospital psiquiátrico puede, a la larga, ser un elemento productor de enfermedad (hospitalismo) por falta de interés y estímulo del enfermo.

Es necesaria mejor dotación en personal médico y sanitario auxiliar.

MODELO SANITARIO

No se ajusta a las necesidades y exigencias actuales de nuestra sociedad; no es adecuado; aun diría con espíritu

hipercrítico que no es siquiera modelo. La conceptualización de modelo atrasado no es la más acertada.

MINISTERIO DE SANIDAD

Es demasiado pedirme a mí, y en estos momentos iniciales de mi gestión, que haga vaticinios sobre estructuras administrativas concretas que están en estudio, que se estudian en otras instancias y que habrán de integrarse en el marco de reformas administrativas más amplias.

ECONOMÍA SANITARIA

La salud pública es verdaderamente onerosa, pues requiere un enorme despliegue de medios institucionales, personales y materiales.

El problema que requiere una preocupación constante, que deberá ser casi obsesiva, es el desarrollar la acción necesaria en las más óptimas condiciones de economía, que naturalmente no consiste en gastar poco, sino en seleccionar rigurosa y acertadamente los objetivos y aplicar a su logro los recursos estrictamente necesarios.

Pastoral

LA CONFERENCIA EPISCOPAL Y LA PASTORAL SANITARIA

El acontecimiento merece ser puesto de relieve. Y no precisamente por la parte que le toca al que suscribe, aunque no sea poca. Ni porque pensemos, indebidamente, que hemos *descubierto la pólvora*. El tiempo no se presta para triunfalismos ingenuos.

Ha sido sin embargo un hecho eclesialmente noticiable y destacado. También la prensa diaria y periódica se ha hecho eco del mismo.

Por primera vez los señores obispos, reunidos en Asamblea Plenaria, han dedicado atención y tiempo a la Pastoral Sanitaria o, lo que es lo mismo (pero más) a la presencia y acción de la Iglesia en el mundo de la salud.

La constatación se presta a meditaciones nada halagüeñas. Pero sólo servirían acaso para indicarnos cómo está el *horno*.

Como esta reseña no tiene otra pretensión que la de informar respecto al título que la encabeza, no voy a ofrecerles consideraciones que cada cual puede hacer por su cuenta y riesgo.

Desde hace tiempo el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria deseaba, de alguna forma, hacer partícipes a los obispos de España de la *problemática* que entraña hoy la presencia de la Iglesia en el mundo sanitario. El panorama nacional y diocesano de este sector de actividad eclesial así nos lo hacía ver. Por otro lado, hasta el presente (sobre todo a partir de la creación del Secretariado) han sido ya muchas las iniciativas realizadas, tanto a nivel de capellanes como de religiosas, como para pensar que existía ya una *base* suficiente para darle a la acción del Secretariado un mayor alcance de conjunto y de nivel.

Los días 27 y 28 de septiembre en la reunión que

celebramos en Aravaca (Madrid) el Equipo Nacional del Secretariado ya perfilamos el esquema y el contenido de un *informe* que sería presentado en la próxima Asamblea Plenaria del Episcopado.

La finalidad ya ha quedado apuntada. Añado que el *informe* era y ha sido concebido como un primer paso, simplemente introductorio. Habían sido ya varios los obispos que nos habían confesado su casi total ignorancia (que no desinterés) con respecto a la problemática actual del mundo sanitario y de la presencia de la Iglesia en el mismo.

Concebido, pues, en términos de modestia, el *informe* ha intentado ofrecerles una visión de conjunto de dicha problemática sin incidir exhaustivamente sobre temas concretos o particularizados.

En su preparación hemos intervenido, con el asesoramiento de algún experto de la Dirección General de Sanidad, Rudesindo Delgado, Fidel Delgado, Paco Sola, Isabel Bello y el que suscribe, contando asimismo con la participación activa de monseñor Manuel Casares, Presidente del Secretariado.

El informe (confeccionado y redactado en su última fase por Rudesindo y por el que suscribe) consta de tres partes y obedece al conocido esquema: «dónde estamos», «hacia dónde vamos» y «con qué medios». La primera parte es por tanto un estudio-análisis de la realidad: Qué significa e implica enfermar hoy; el contexto sanitario español; y presencia actual de la Iglesia en el mundo de la salud. En la segunda parte, siempre dentro de una visión de conjunto, se presentan algunas orientaciones básicas y algunos objetivos de cara a la acción de la Iglesia en ese mundo. Y finalmente, a modo de conclusiones, se proponen algunas sugerencias operativas a la Conferencia Episcopal para ser votadas y asumidas.

Han acompañado al informe (de 30 páginas) tres anexos complementarios en los que se ilustra la realidad con abundancia de datos y estadísticas. Uno sobre el sistema y contexto sanitario español; otro sobre la presencia actual de la Iglesia dentro del mismo; y un tercero sobre las religiosas sanitarias. Los tres constituyen (así creemos) un buen instrumento de información y documentación.

El día 24 de noviembre (es decir, al tercer día de la Asamblea) las personas antes citadas, más Alejandro Ejea (Consiliario de la FCE de la Región Centro) acudimos a la Residencia de El Pinar. Tras una introducción de don Manuel Casares y una presentación-ponencia sobre las líneas más importantes del contenido del informe, la Asamblea dialogó sobre el tema. En total, se le dedicaron dos horas por la mañana. Un poco cortas, por lo que se vio. El tema había entrado de verdad en la Asamblea. Especialmente provechosos fueron asimismo la convivencia con los obispos durante toda la jornada y la proyección de dos fotomontajes (audiovisuales) por la noche sobre el enfermo hospitalizado en un gran centro y sobre los enfermos no internados, especialmente los disminuidos físicos.

Creo poder afirmar (los resultados ya es otra cosa, y nunca espectacular) que el tema fue acogido con mucho interés, y que su impacto fue generalmente positivo e incluso un tanto sobrecogedor...

Haciendo un pequeño balance resaltaría sobre todo:

— Creemos que los obispos han tomado conciencia de que en estos momentos el mundo de la salud le plantea a la Iglesia una problemática pastoral muy compleja. Que ya no pueden conformarse con delegar (o sentirse delegados) en los capellanes y religiosas. El mundo sanitario es mucho más amplio que sus centros sanitarios. Sus implicaciones desbordan lo simplemente asistencial hospitalario.

No podríamos resumir aquí dicha problemática, pero destaco:

— La Iglesia necesita definir de nuevo cuál es su misión específica dentro del mundo sanitario, de forma profunda y concreta (¿no es éste el verdadero problema de fondo? Piénsese si no en socialización de la medicina y de su posible estatificación, en la autonomía de las realidades terrenas, en la secularización progresiva de la sociedad, etcétera). Para ello es necesario, entre otras cosas, que lo conozca en sus amplias perspectivas y dimensiones, que conozca los términos en que hoy se plantean las cuestiones. De lo contrario, no sólo no puede orientar (cuando sea el caso) sino ni tan siquiera conectar...

— Dentro de la situación actual la Iglesia tiene que colaborar, urgir y orientar (en lo que pueda y deba) de cara a la consecución (reforma sanitaria) de un sistema sanitario más adecuado, razonable y justo.

— Impulsar, promover (y... permitir) a nivel diocesano y nacional la organización de una Pastoral Sanitaria renovada (sensibilización de seglares y profesionales, Secretariados diocesanos, etc.), y una mayor atención por parte de la Iglesia a los marginados por el mismo sistema sanitario y por la sociedad.

— Orientar e iluminar desde el Evangelio en los problemas humanos y éticos más urgentes dentro de un mundo, el sanitario, que es íntimamente ético... etc.

Todos estos objetivos están contenidos de forma más breve y explícita en las proposiciones que votaron los obispos y aprobaron casi por unanimidad.

Si bien seguirán delegando (los obispos ni individual

ni colegiadamente pueden ser protagonistas e impulsores de todo), creemos que a partir de ahora prestarán mayor interés y preocupación a este sector, tanto en el plano diocesano como nacional, lo mismo en la problemática pastoral que asistencial de la Iglesia; y potenciarán el Secretariado Nacional como Organismo *coordinador y delegado* que canalice y aúne los esfuerzos de cara a la renovación e intensificación de la presencia de la Iglesia (sacerdotes, religiosos y laicos) en el mundo de la salud.

JESÚS ÁLVAREZ

CURSILLOS SOBRE ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE HOSPITALES

CALENDARIO

Ha terminado el año 1976 y es justo señalar rápidamente nuestro calendario de actividades en cursos, cursillos y conferencias sobre organización y pastoral de hospitales:

Enero: Escuela de ATS, Cruz Roja, Tarragona

Febrero: Religiosas sanitarias, diócesis Tarragona

Marzo: Hospital San Juan de Dios, Manresa (Barcelona)

Abril: Residencia Sanitaria Seguridad Social, Lérida

Escuela ATS, Hospital Provincial, Lérida

Diócesis de Las Palmas de Gran Canaria

Mayo: Escuela de ATS, Igualada (Barcelona)

Junio: Escuela de ATS, Cruz Roja, Tarragona

Convivencia regional Cataluña (evangelización en el campo sanitario)

Noviembre: Diócesis de Gerona

Seguridad Social, Lérida

Diciembre: Religiosas sanitarias, diócesis Tarragona.

FINALIDAD Y OBJETIVOS CONCRETOS

Estos cursos —realizados en equipo— tienen como finalidad reflexionar, descubrir, tomar conciencia y compartir las vidas desde donde se viven: el hospital, el enfermo, el personal asistencial.

Se trata de cursillos intensos y activos —la mayor parte— en los que pedimos: dedicación, integración y colaboración, demostrada en tiempo y experiencias compartidas. Nadie puede venir a por fórmulas hechas, ya que cada uno hemos de recorrer nuestro camino y hemos de ver qué cosas prácticas son aconsejables en ese momento, en ese lugar y con esas personas. Se trata de adquirir, más que saberes, conciencia de lo que sucede a nuestro alrededor en el medio hospitalario. Por ello, en el primer encuentro se realiza una visión de conjunto con un lenguaje incisivo y familiar y con un requisito imprescindible: contraste de experiencias a través de pequeños grupos.

Este primer encuentro requiere posteriormente mayor profundización, que el entusiasmo no se enfríe y que los *propósitos* tengan una realización concreta. Y para que esto tenga un cauce conveniente, señalamos unos cuantos criterios y objetivos para los distintos grupos que pueden ser hechos realidad progresivamente:

A escala de diócesis. a) Que se nombre en la diócesis un responsable de pastoral sanitaria. b) Que se comprometa un pequeño grupo —unas seis personas— de las asistentes al cursillo y reflexione sobre la posibilidad de realizar algo, por ejemplo: cada trimestre (un fin de sema-

na: sábado tarde y domingo todo el día); una vez al mes (sábado tarde); repetición del cursillo para otras personas... c) Que cada año se haga una organización y se señalen tiempos, lugar, materias y personas. d) Reunión de capellanes y coordinación con los párrocos. e) Hacer partícipes de estos encuentros a los colegios y escuelas de ATS y asociaciones de enfermos.

A escala de Escuelas de ATS. a) Que centren bien en sus programas de ética profesional los temas de su competencia. b) Que por sistema se realicen con el curso tercero unos cuatro días con dedicación exclusiva a la reflexión y profundización sobre estos temas. c) Que se facilite la participación en cursillos que se realizan en la región o en la diócesis.

A escala de Congregación Religiosa. Que haya una consejera provincial que se preocupe de estas materias: estimule y favorezca la asistencia a cursos que se dan y organice para la misma congregación cursillos sanitarios progresivos.

A escala de Comunidad. Se realice el proyecto de vida de Comunidad en el cual entre también la Formación Permanente sobre esta materia de Organización y Pastoral de hospitales.

A escala personal. Estímulo, interés, organización del tiempo que permita la asistencia a cursillos y la lectura de libros y revistas.

TEMAS DIVERSOS

Ofrecemos a continuación un temario que abarca el hospital, personal sanitario, el enfermo y su problemática psicológica y humana y los problemas éticos y cristianos que se conjugan también en el hospital. Cada tema se enuncia globalmente y puede ser desarrollado —en extensión e intensidad— según el tiempo y el auditorio. La presente formulación de temas no agota ni muchísimo menos el abanico de posibilidades que ofrece el hospital, pero creemos que los que presentamos pueden dar una visión suficiente y global de los grandes problemas que afectan a este campo.

SOBRE EL HOSPITAL

- I. Desarrollo histórico de la asistencia hospitalaria:
 1. Medicina mágico-sacerdotal y procesos de curación.
 2. Medicina científico-natural (principales rasgos).
 3. Medicina social: características y cómo influye.
- II. La asistencia sanitaria en España:
 1. Ley de hospitales.
 2. Censo de hospitales.
 3. Reglamento de hospitales.
 4. Situación actual: deficiencias, causas y soluciones.
- III. El hospital: definición, alcance e impactos.
- IV. Funciones del hospital.
- V. Gobierno del hospital.
- VI. Regionalización hospitalaria.
- VII. La medicina rural.
- VIII. Medicina a domicilio.

EL PERSONAL EN EL HOSPITAL

- I. Importancia de las personas: vocación y cualidades del ATS.
- II. Selección, integración y trabajo en equipo.
- III. Historia de la profesión, situación actual, roles.
- IV. Motivaciones de la enfermera.
- V. Preparación y ejercicio profesional.

VI. Código deontológico para enfermeras.

VII. Organización del departamento de enfermería: momento actual de la enfermería y perspectivas.

HUMANIZACIÓN Y RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL

I. Bases antropológicas:

1. El hombre miembro de la naturaleza.
2. Visión integral del hombre.
3. Situaciones vivenciales: aspiraciones, motivaciones...

II. El hombre sano:

1. Características del hombre moderno.
2. Los cambios: impacto en el hombre.
3. Ideologías, valores y posturas.
4. La nueva cultura.
5. El futuro, sus características e influjo en el hombre moderno. (Estos dos temas son básicos para comprender después los siguientes sobre el hombre enfermo y sus relaciones.)

III. El hombre enfermo:

1. Experiencia del enfermar.
2. Vivencias, sentimientos y reacciones.
3. Ambiente, cultura, circunstancias que rodean al enfermo.
4. Atención integral al hombre que sufre.

IV. Humanización del hospital:

1. La técnica al servicio del hombre: el presente y el futuro.
2. La enfermedad, lo asistencial y lo organizativo en la humanización.
3. Momentos y medios para la humanización.
4. Las relaciones interpersonales en el hospital.

V. Problemática humana de la familia del enfermo: reacciones ante la enfermedad y la hospitalización.

VI. Voluntarios de hospital.

ASPECTOS CRISTIANOS EN EL HOSPITAL

Teología

I. Visión antropológica de la enfermedad:

1. Qué es y qué significa la enfermedad para el hombre.
2. Valores que aporta desde la antropología.

II. La enfermedad según la Revelación: visión del Antiguo y Nuevo Testamento.

III. Reflexión teológica del dolor.

Pastoral

I. Nociones y fundamentos de la Pastoral de enfermos.

II. Presencia de Iglesia en el hospital (historia, exigencias actuales, hospital católico).

III. El servicio religioso en el hospital (por qué, para qué, funciones, organización).

IV. Los sacramentos en el hospital.

V. La Unción de enfermos (proceso histórico, fundamentos e interrogantes).

VI. Agentes de la pastoral en el hospital (colaboración y compromiso).

VII. Presencia de las religiosas en el hospital (sentido, preparación, inserción).

VIII. El enfermo en la comunidad parroquial.

IX. Los diferentes movimientos de enfermos (fraternidad, auxilia, apostolado...). Objetivos.

Espiritualidad

I. El enfermo ante el mundo y la Iglesia.

II. Espiritualidad del hombre enfermo.

III. La enfermedad como momento madurativo para la fe.

PROBLEMAS ÉTICOS EN EL HOSPITAL

I. Medicina del futuro y sus repercusiones en el hombre. La experimentación.

- II. Derecho a la salud.
- III. Derecho a la información.
- IV. Derecho al secreto profesional.
- V. Derecho a la vida: el aborto.
- VI. Natalidad y paternidad responsable.
- VII. Las drogas.
- VIII. Derecho a morir con dignidad (eutanasia y muerte).

VARIOS

- I. Los ancianos.
- II. Los subnormales.
- III. Los enfermos mentales.

JOSÉ L. REDRADO

TARRAGONA

LA RELIGIOSA SANITARIA EN UN MUNDO NUEVO

Los días 18 y 19 del mes de diciembre pasado hemos reflexionado sobre un tema fundamental para nuestras vidas, expuesto por el padre José Luis Redrado. La reflexión ha tenido tres partes: I. El cambio y su repercusión en la vida religiosa. II. La comunidad en situación de cambio. III. La comunidad en la misión.

El primer tema —«El cambio y su repercusión en la vida religiosa»— nos ha puesto de manifiesto cómo el mundo y la Iglesia están hoy en una situación de evolución rápida y profunda que repercute en nuestra manera de estar y de vivir; se trata de un cambio de cultura que tiene unas características propias que afectan a la vida y a los valores. Esto es tan serio que nos obliga a una reflexión sobre su dinámica y a preguntarnos cómo afecta este cambio a los valores y a las normas. Hemos visto igualmente las características de los grupos y cómo actúan a la hora del cambio.

Este análisis nos ha llevado al segundo tema: «La comunidad en situación de cambio», partiendo sobre todo de la vivencia radical de la persona que ha optado fundamentalmente por la vida religiosa; cómo esta opción polariza y totaliza a la persona y la pone en situación de poder compartir en un proyecto comunitario esta dimensión personal.

Nos hemos preguntado por nuestras vidas en comunidad en su aspecto más profundo; hemos visto las relaciones que conducen a una auténtica comunidad y qué es lo que la desfigura y la rutiniza. Después nos hemos fijado en cómo podríamos vitalizarla: remover obstáculos, revisar lo externo y normativo y profundizar a nivel de relaciones y de fe —compartiendo y comprometiéndonos.

El último tema «Comunidad en la misión» pretendía adentrarnos en toda nuestra dimensión de sanitarias en el hospital de hoy en continuo cambio —de relaciones, de modos de concebir la salud y la enfermedad, nuevos criterios, etc.—. El nuevo tipo de hospital requiere también una nueva forma de presentarse la religiosa en él para que el mensaje sea fácilmente inteligible. Debemos ser en el hospital transparentes, dar a conocer el gran amor que Dios tiene al hombre y esto pide de todas nosotras un convencimiento personal, tener bien centrada nuestra vida religiosa personal; necesitamos que nuestras comunidades

sean tales, que respiren armonía, que las relaciones humanas sean profundas y que se viva la fe y se celebre como expresión y signo de una vida de personas que han recibido un carisma, un don y que lo tienen en gran estima; y por ser don y carisma lo ponen al servicio de los demás, sobre todo de los más necesitados.

TEXTOS QUE APOYAN ESTA REFLEXIÓN

Sagrada Escritura

- I. Cor. 12
- Act. 4, 32-37
- Mt. 10
- Lc. 9, 6
- Mc. 7, 37
- Jn. 3, 1-8.

Concilio Vaticano

- GS. 1, 4, 6
- PC. 1, 12, 13, 14, 15.
- LG. 42, 44, 46, 47.
- AA. 8.

GERONA

ENFERMEDAD-DOLOR ¿POR QUÉ?

Organizado por el CED («Centre d'Estudis Diocesà») se ha celebrado en el Seminario de Girona un cursillo sobre los problemas actuales del mundo de los enfermos y la misión que tiene la Iglesia ante todas las personas que sufren y experimentan el dolor en su propio cuerpo.

Conversamos con el padre José Luis Redrado, del Hospital San Juan de Dios de Barcelona y director de este cursillo.

—¿Qué objetivos ha pretendido este cursillo?

—Reflexionar y tomar conciencia de las realidades que vivimos diariamente en el mundo de los enfermos.

—¿Cuál es el momento presente de la realidad sanitaria de nuestro país?

—La realidad sanitaria del país es muy compleja. Hace falta mucha formación sanitaria en la población; que los ciudadanos nos demos cuenta de lo que significa la salud y la enfermedad. Por parte del Estado hace falta una mejor planificación y coordinación que termine ya con la gran dispersión y anacronismo que vivimos.

—¿Cuál es la misión de la Iglesia en el mundo sanitario?

—La Iglesia siempre ha estado presente en el mundo de los enfermos; presencia de suplencia y colaboración durante mucho tiempo. Pero sobre todo tiene una *misión pastoral*, ya que por mandato de Cristo ella es continuadora de su acción salvadora. La Iglesia es enviada a *decir una palabra y realizar un gesto* entre los débiles y los enfermos: en los hospitales, en la parroquia y en los diversos grupos y asociaciones de enfermos.

—¿Podría señalar algunos aspectos concretos de la presencia de la Iglesia española en el mundo de los enfermos?

—La última reunión de la Conferencia Episcopal se ha preocupado y ha reflexionado sobre este tema. Desde hace varios años existe un Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria que ha realizado una labor de estudio y coor-

dinación: encuestas para conocer la realidad, reuniones, conferencias... También hay que señalar la gran cantidad de cursos, cursillos, conferencias que nosotros —los Hermanos de san Juan de Dios— hemos llevado a cabo en diócesis, Instituciones Religiosas, en Escuelas de ATS, etc., que han contribuido a dar una nueva imagen de la presencia de la Iglesia en el hospital moderno y en el mundo de los enfermos.

Otra realidad concreta es que en España hay más de 13.000 religiosos-as entregados a esta tarea y más de 17.000 camas que pertenecen a la Iglesia.

—*¿Cuál es la respuesta que el cristiano ha de dar a la realidad de la enfermedad y de la muerte.*

—Creo que son realidades profundas y misteriosas que pertenecen al sentido creatural, finito y limitado del hombre. Ni el mismo Cristo da una respuesta concreta a estas realidades. Él las asume y las vive. Pero, desde el momento que Cristo las asume, adquieren para el creyente otra dimensión: la enfermedad, la muerte ya no son realidades que tengan sentido y consistencia en sí mismas; son experiencias que enfrentan e interrogan al creyente y le posibilitan —desde la experiencia de finitud— abrirse a lo infinito y tender hacia él. Sólo desde la fe puede tener sentido y se puede comprender y asumir la enfermedad y la muerte. Para el no creyente es un absurdo.

J. PLANELLAS
Hoja Parroquial

JORNADAS DE PASTORAL SANITARIA DEL CENTRO DE ESTUDIOS DIOCESANOS

Tres hermanos de san Juan de Dios, Ramón Ferreró, Cecilio Eserverri y José Luis Redrado, llevan la responsabilidad de este cursillo. Lamentan que no puedan disponer de ocho o nueve horas al día. Tienen que contentarse con seis. Esta noche se dará una conferencia (Seminario, Subida de San Martín) para hacer extensiva la «Atención religiosa al hombre enfermo, hoy». El acto será a las diez.

Cada hermano se ha ocupado de una realidad concreta, de las bases sobre las cuales hay que montar el aspecto pastoral de un hospital moderno.

Naturalmente, hay que empezar por lo técnico. El hospital necesita una plataforma, un dispositivo apto para su realización en el momento presente. Hay que pasar del hospital familiar al hospital-empresa. El hermano, con el cual alargo mi conversación, me resume algunas de las ideas que defiende: El hospital de mañana tiene cuatro columnas: *La tecnificación*. No podemos prescindir de estructuras bien vertebradas, de una perfecta organización, de todo un complejo, en el cual el instrumental y los aparatos también cuentan, pero es todo el conjunto que ha de someterse a una planificación inteligente.

Luego hay que ir a la *personalización*. Hemos de procurar que, la técnica no destruya la asistencia personal. La contrapartida de la tecnificación ha de ser la atención personal. Es preciso vivir de una medicina antropológica, es decir que la realidad de la persona humana no quede anulada. Hay que individualizar, ver al enfermo como hombre, como persona, no solamente como cuerpo sin salud.

La *colectivización* —sigue— es una consecuencia de la vida y de la mentalidad actual. Es un progreso. Al hospital tiene acceso todo el mundo. Ha terminado la época en la que ir al hospital era considerado como una desgracia. Se ha acabado el recelo contra el hospital.

Y la *promoción de la salud*, la prevención, es otro aspecto que desarrollamos. Desde el punto de vista pastoral, es preciso ver la hospitalización como un resorte normal. Tenemos derecho a cuidar de la salud y a prevenir la enfermedad. Vamos a un estilo nuevo. Nueva organización, nuevos equipos, nueva asistencia. La hospitalización hay que afrontarla con una dinámica moderna.

Después hemos hablado del soporte humano del enfermo, de sus vivencias, de sus reacciones. En el haber mío está solamente el contacto con la Hospitalidad de Nuestra Señora de Lourdes. El hermano Redrado se apasiona por el tema. El hombre, cada hombre, enferma de un modo diverso. Es preciso proclamar la dimensión del acercamiento humano.

La pastoral sanitaria es la presencia de la Iglesia salvadora para él, para el enfermo. Hay que descubrir la dimensión religiosa concreta en que se encuentra el enfermo; esta dimensión no le es ajena. Es suya, totalmente suya.

Es preciso recorrer los caminos sencillos, primeramente, a nivel de signos fáciles, inteligibles. Será una atención, un interrogante, una ayuda competente.

Será una explicación a nivel de palabra.

Será el camino de la celebración a nivel de sacramentos, realidad mucho más profunda. Mientras el hermano me hablaba así pensaba en una frase de la «Carta de los obispos franceses a los católicos del país»: «La evangelización se consuma en la Eucaristía. La Misa no es, pues, una obligación, sino una necesidad vital».

Finalmente, también hemos hablado del arrinconamiento de la muerte. Hemos llegado a un punto en el que casi es imposible morir su muerte. Y, sin embargo, los interrogantes se multiplican, porque todos nos realizamos cara a la muerte. También este tema forma parte de los cuidados intensivos.

Y termino mi relato. No sospechaba que los hermanos de san Juan de Dios, que tienen su Asilo Infantil al final de la Diagonal, junto al parque de rosas *Cervantes*, pudieran traernos un mensaje de calidades e intenciones más actuales y más perfumadas de entrega, preparación y competencia.

JOSÉ TEIXIDOR, Pbro.
Los Sitios

Revista de revistas

C. AKERELE, I. TABIBZADEH
y J. MCGILVRAY

Una nueva función para los misioneros médicos en África

«Crónica de la OMS»
N.º 5, vol. 30 mayo 1976. Pág. 187.

La mayoría de los establecimientos sanitarios existentes en África, al sur del Sahara dependen de organizaciones cristianas.

La asistencia médica prestada por los misioneros atiende sólo a determinados grupos de la población.

La política antialcohólica, una cuestión de salud pública

«Crónica de la OMS»
N.º 6, vol. 30 junio 1976. Pág. 263.

El consumo de bebidas alcohólicas está produciendo graves estragos a nivel individual y colectivo en muchos países. Los Estados Miembros y la OMS en coordinación con otros órganos competentes intentan establecer una política de lucha antialcohólica.

Este artículo resume algunos de los puntos acordados y nos invita a tomar conciencia para que aportemos nuestra colaboración individual.

Jano

Medicina y Humanidades
N.º 226, 14 de mayo de 1976. Pág. 13.

La poca coordinación existente entre los encargados de sistemas de enseñanza para el personal encargado de atender la salud y las Administraciones sanitarias empieza a ser preocupante. Las administraciones de enseñanza deben planificar los programas de educación y las Administraciones sanitarias dar facilidades para que puedan cumplirse los objetivos y la enseñanza resulte eficaz.

Resumen histórico y datos estadísticos del aborto en Gran Bretaña

«Síntesis Médica Mensual»
N.º 6, junio 1976.

El Dr. Thomas Patrick presidente de la Asociación Católica de Médicos Londonenses nos habla de la situación en que se encuentran algunos de los ginecólogos jóvenes que por escrúpulos de conciencia se niegan a llevar a cabo una

petición de aborto. Nos presenta también en este artículo una interesante estadística sobre el tema.

La ordenación electrónica de la información sanitaria en Bulgaria

Crónica de la OMS
N.º 10, vol. 30 octubre 1976.

La organización de los Servicios de Salud por medio de sistemas electrónicos, en la República Popular Búlgara está alcanzado grandes progresos. Se ha conseguido establecer un control exacto de todas las enfermedades infecciosas.

Una vez más podemos observar con satisfacción la ayuda que los ordenadores electrónicos están proporcionando a la medicina preventiva.

Mayor perfección en el control de drogas en los Juegos Olímpicos de Montreal

Técnicas de laboratorio
N.º 50, julio 1976. Pág. 694.

El uso de las drogas por algunos de los atletas que han participado en los Juegos Olímpicos ha sido motivo de preocupación constante, dados los graves trastornos físicos que algunos han experimentado. Para las Olimpiadas de Montreal se elaboró un programa de seguridad mucho más eficaz que los hasta ahora conseguidos.

Es muy importante contar con la seguridad de que nuestros jóvenes deportistas en adelante ganarán para su país la mejor de las condecoraciones: «medalla de oro al buen equilibrio físico».

ELIOS PRADELL

Los hospitales españoles en 1972

Dr. Información Profesional
N.º 119, septiembre 1976. Págs. 8-21.

Una importante «Fuente de Información» se ha abierto para los estudiosos de Temas Hospitalarios. Los organismos centrales han recogido datos de los centros hospitalarios españoles, pudiéndose realizar con ellos la más exacta, completa y precisa estadística que hasta ahora haya podido ofrecerse. El artículo «Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado» nos informa ampliamente sobre el tema.

Concilium (noviembre 1976)

Todo el número dedicado al sufrimiento y fe cristiana bajo tres aspectos: análisis, biblia-teología y Pastoral. Muy interesante.

Religiose Ospedaliere (1976)

N.º 1. Relación enfermera-enfermo como momento terapéutico Salud y fe. Reflexión pastoral. La religiosa en el contexto social hoy.

N.º 2. Salud y fe. Evangelización. El mundo de los ancianos.

Anime e Corpi (1976)

N.º 63. Teología de la cruz y pastoral del sufrimiento. Deshumanización de los hospitales: visión del médico, de la enfermera y del capellán.

N.º 64. Todo él dedicado a la pastoral con los moribundos.

N.º 67. Vida cristiana y salud del cuerpo. Evolución de la asistencia pastoral en los hospitales de Francia.

Religieuses dans les professions de Santé (1976)

N.º 251. Cómo es interpelada nuestra fe por nuestra vida profesional.

N.º 252. Fe y vida profesional. Vida profesional y vida religiosa.

N.º 253. El sentido de la muerte.

N.º 255. Jesús ante los moribundos. El mundo de la salud y la Iglesia.

Estudios sobre hospitales

N.º 75. Todo el número dedicado a una antología de textos periodísticos sobre cuestiones sanitarias.

N.º 76. Organización de la sanidad en Finlandia.

N.º 77. Congreso Mexicano de hospitales.

N.º 78. Primer congreso europeo de directores de hospitales.

N.º 79. Federación internacional de hospitales. Federación latinoamericana de hospitales.

Chrétien en Psychiatrie (1976)

N.º 60. Vivir con el cuerpo. Técnica y nueva mirada al cuerpo.

N.º 61. Decaimiento y esperanza.

N.º 62. Apoyar la esperanza.

Res Medicae

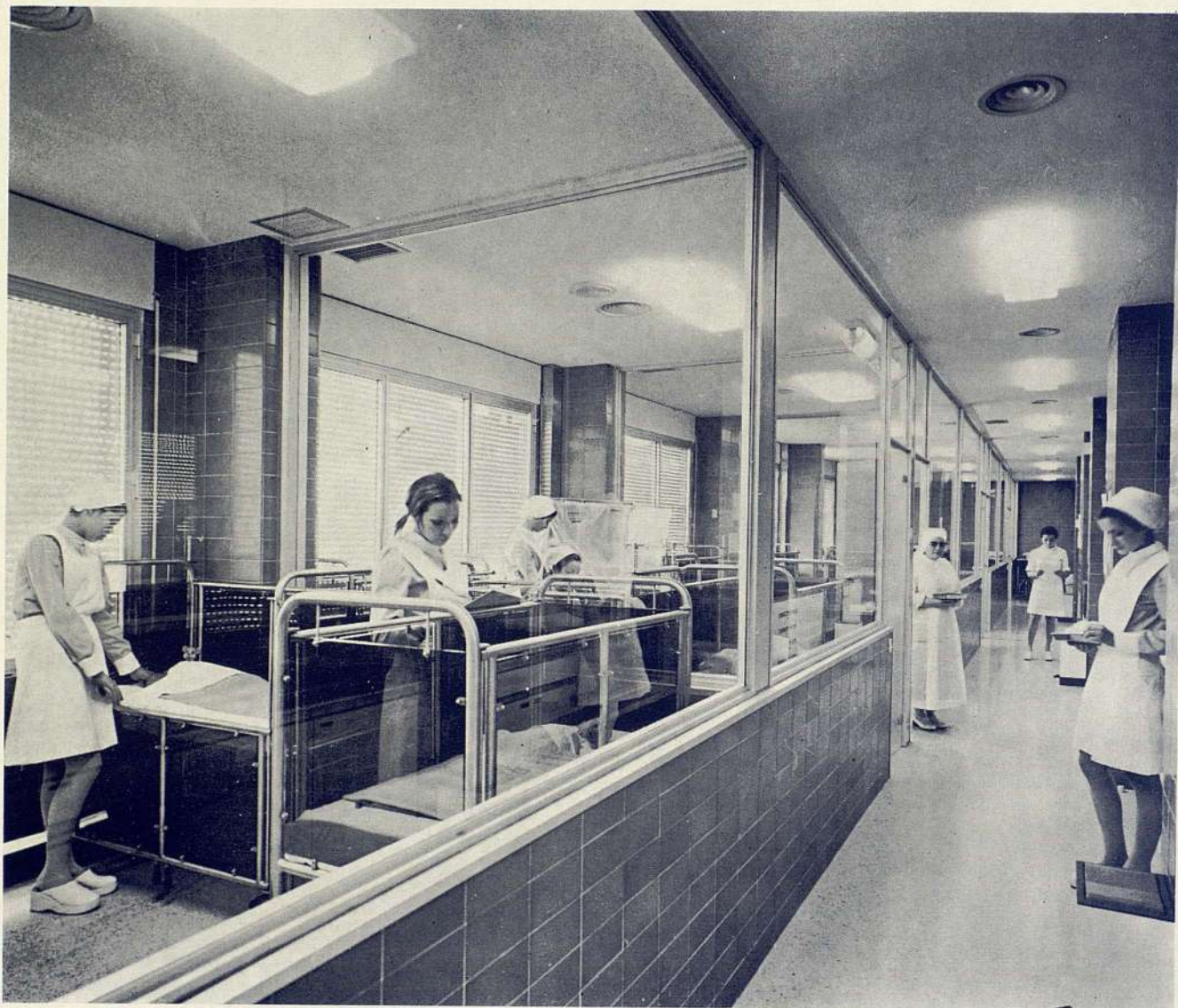
Fatebenefratelli (1976)

N.º 2. El arte de morir.

N.º 5. Medicina cristiana, dos términos de contradicción?

N.º 6-7. Rol y significado clásico de la vida religiosa en el enfermo mental.

ASCENSIÓN ZUBIRI



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

Hijo de José Mani **(Salvador MANI DEXENS)**

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B

TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11

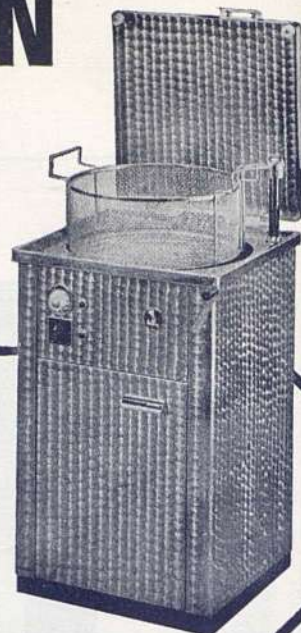
BARCELONA (10)

FRIA MAS Y MEJOR CON



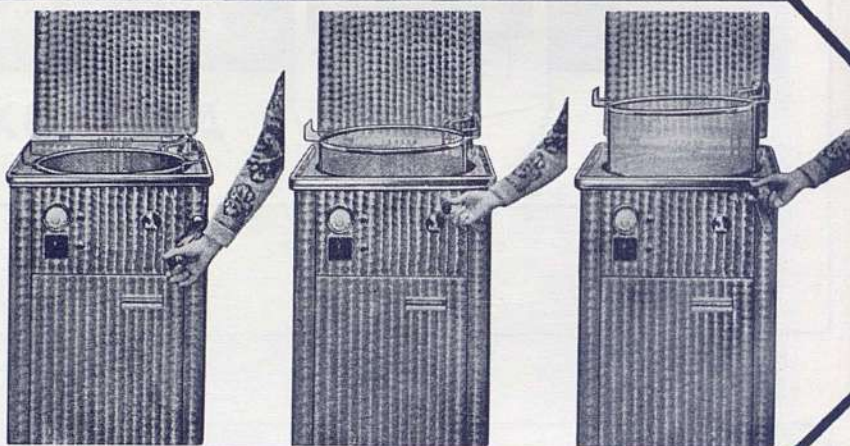
QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

MODELO
GOLIAT
30 LTS.



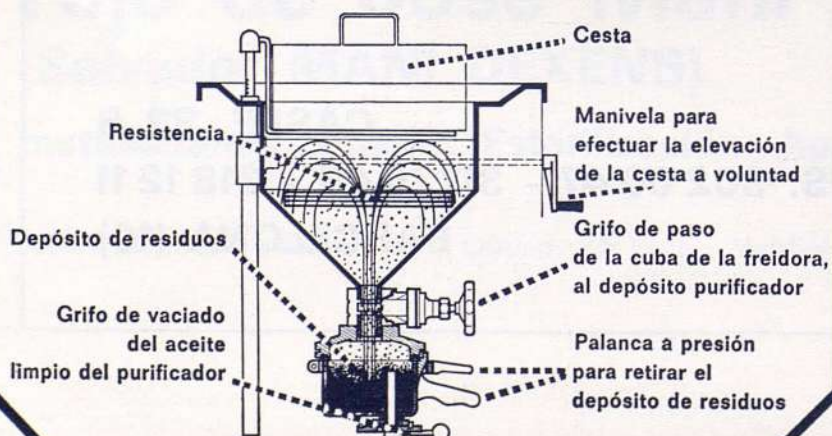
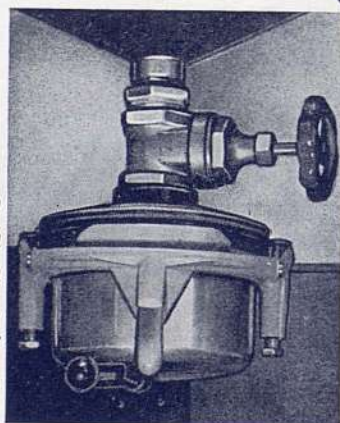
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

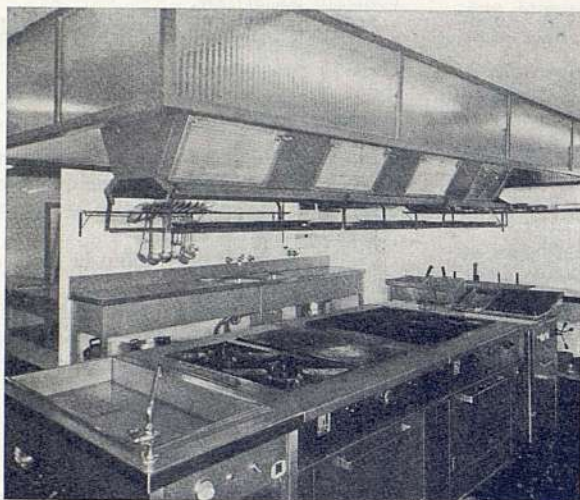
HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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



MAQUET

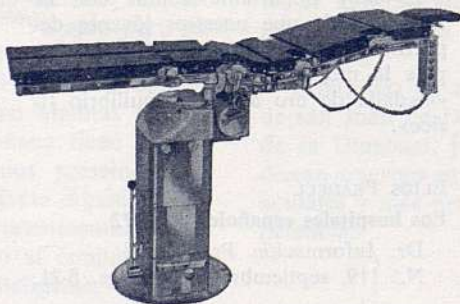
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

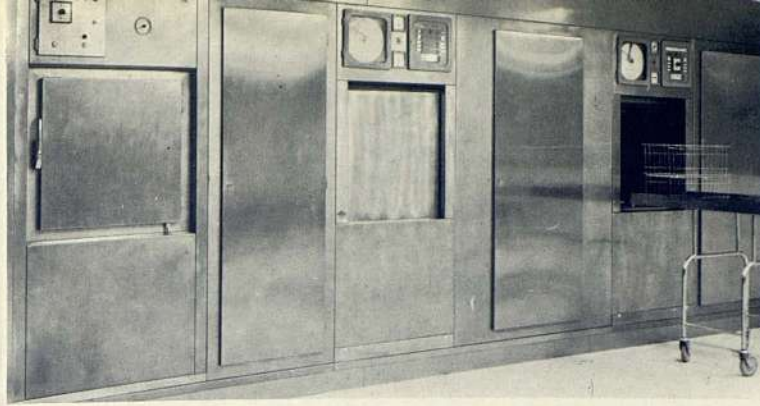
FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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

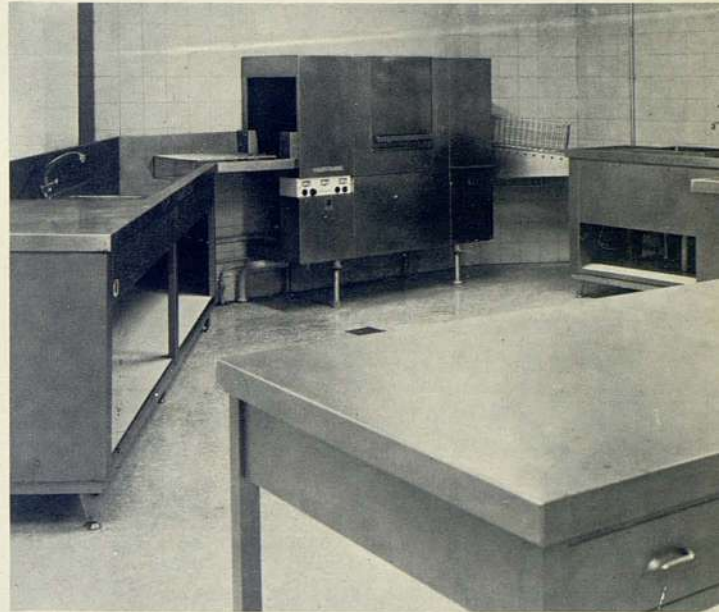


Electromedicina

Central de esterilización



Central de lavado



Instalaciones de:

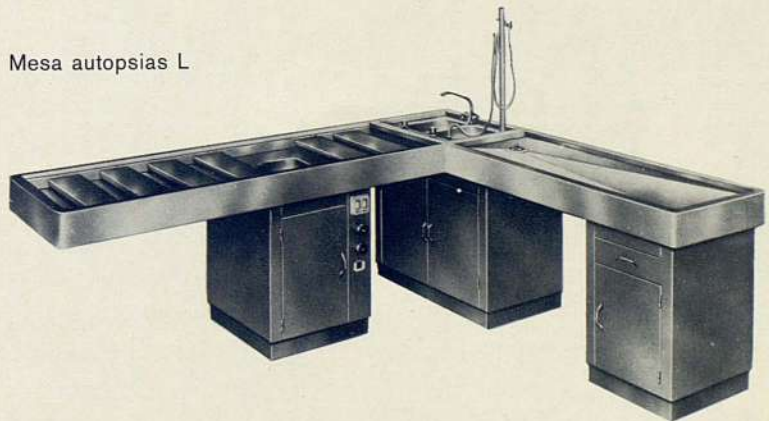
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
Esterilizado
Almacenaje de cuñas

Entrega de:

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



Mesa autopsias L



Lavador
de cuñas



PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS

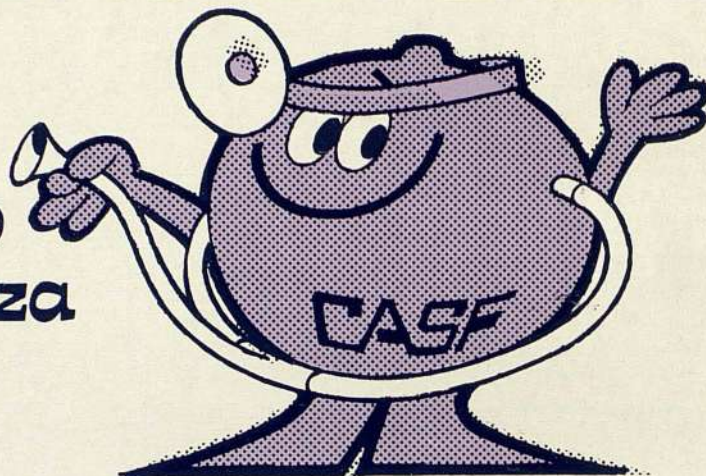


Antonio Matachana, s.a.

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

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA" l'estalvi

CENTRAL

Rivadeneyra, 6 / Plaza de Cataluña
Tel. *301 12 08

AGENCIAS BARCELONA

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubi
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94
Sagrera, 174 / Portugal, 4
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1

Avda. Madrid, 92 / Juan de Sada
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56
Violante de Hungría, 100-102 (Sants)

SAN ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA:

Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII
Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas

PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

HOSPITALET

Maladeta, 10 / Mina, 42
Ctra. de Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT

Coronel Sanfeliu, 79-81

i Valé mäs quien sirve mejor!