ORGANIZACION Y PASTORAL DE HOSPITALES

LABOR HOSPITALARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 32. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1980
Número 177. Volumen XII

CONSEJO DE REDACCION

Director
ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes
Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores
Gestión Hospitalaria
José M.ª Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eseverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Etica Sanitaria
Gabino Gorostieta

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

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

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

Sumario

LH OPINA

152 PLANIFICACION FAMILIAR

ORGANIZACION DE HOSPITALES

153 LA FORMACION PERMANENTE DEL PERSONAL SANITARIO
Por A. Díaz-Cuervo

155 ESTADISTICAS DE SALUD PUBLICA
Por Enrique A. Quesada Vargas

162 LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL EN EL MUNDO SANITARIO
Por Jorge Piquer

PASTORAL HOSPITALARIA

164 MUERTE DIGNA DEL HOMBRE Y MUERTE CRISTIANA
Declaración de la Conferencia episcopal alemana

169 SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA
Por José Luis Redrado, Miguel Pesarrodona y Pilar Bará.

178 JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

NOTICIARIO

183 HOSPITALES

186 PASTORAL

190 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

LH opina

PLANIFICACION FAMILIAR

Justo es volver otra vez sobre el tema de Planificación Familiar; *nos vemos como obligados, puesto que nuestros lectores tendrán todavía en sus manos el número anterior de* Labor Hospitalaria *—un número doble dedicado totalmente al tema—. Este número especial ha tenido una acogida excepcional; son muchos los interesados y los preocupados.*

Nuestros lectores nos van a permitir un consejo: leedlo despacio, volvedlo a leer, asimilad su contenido; os aseguramos que saldréis con una visión más clara de lo que no es y, por supuesto, de lo que es la Planificación Familiar. La relectura os dará luz y os ayudará a formar un juicio más concreto sobre lo que se está haciendo y diciendo sobre el tema; os obligará a mirar las cosas desde arriba —que es desde donde se ve más y mejor—.

Estamos viviendo unos momentos de necesidad de clarificación ante este nuevo reto, *donde va a ser puesta a prueba nuestra sensibilidad, nuestro respeto, nuestro servicio al hombre, nuestro sentido pluralista y auténticamente* democrático, *pero también nuestras segundas intenciones, nuestra manipulación del otro —sobre todo en momentos de necesidad—, nuestro sentido unilateral de las cosas, nuestra poca ciencia...*

En una materia donde es tan fácil la manipulación, pediríamos a todos un sentido crítico y a los que de alguna forma tienen misión de orientar pediríamos, además, que lo hagan sin utilizar medias verdades, que lo hagan sin pataleos, sin imposiciones; pediríamos, en definitiva, que lo hagan responsablemente. No se trata de decir o de hacer, sino de que nuestras palabras o nuestras acciones sean justas.

Agradecemos a nuestros lectores las muestras de adhesión y aplauso que nos han dado por el servicio que estábamos obligados a realizar. Justamente era ese, precisamente, el tema que esperaban nuestros lectores; no hemos hecho más que secundar sus deseos.

Ello nos obliga a un mayor trabajo —que realizamos con agrado— ya que no todo termina con una publicación, sino que son muchas las peticiones que nos hacen para reflexionar sobre el tema a distintos niveles; esperamos poder llegar a algunas, sabemos que no a todas, pero ahí quedará un poco la siembra.

Organización de hospitales

LA FORMACION PERMANENTE DEL PERSONAL SANITARIO

El ritmo evolutivo de la asistencia hospitalaria, el desarrollo científico diagnóstico y terapéutico, las aportaciones de las ciencias básicas, la evolución de las ideas sociales, etc., hace que se sitúe al hospital como *«parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial»* (OMS, Ser. inf. téc. 122. 1957).

Las nuevas teorías hospitalarias sitúan al hospital como una empresa altamente diferenciada en sus cometidos, pero como un conjunto, al mismo tiempo, de actividades humanas colectivas organizadas con el fin de producir bienes o prestar servicios. Se ha llegado al hospital-empresa, como un *equipo de equipos,* donde es preciso que los miembros del equipo posean las mismas ideas y que éstas les capaciten para trabajar juntos, si se quiere lograr eficacia y calidad.

En su finalidad de producir salud, el hospital moderno precisa examinar continuamente los módulos y medidas de esa productividad, en un intento de apreciar si cumple o no la finalidad que le compete. No puede haber lugar para la improvisación. Los avances tecnológicos aumentan para facilitar la calidad de la asistencia, pero no favorecen la disminución del personal, sino que requiere cada vez más y mejor capacitado. Así, todo hospital se convierte y debe ser considerado como un centro docente, proyectándose sobre el personal que en él trabaja, y dedicando una atención muy preferente a la enseñanza y preparación de su propio personal, y muy especialmente de su personal auxiliar técnico.

La formación debe ser, pues, una infraestructura para cualquier tipo de desarrollo sensato en la asistencia hospitalaria, ya que ella permite siempre aumentar la eficacia individual y colectiva, al enriquecer al hombre en sí mismo y a través de él a la empresa donde sirve. Es lo que se ha definido como «la necesidad de transformarse sin cesar, para estar siempre adaptado». El hospital debe contar o contratar los medios necesarios para formar el personal preciso para dotar todos los servicios de acuerdo con las exigencias actuales. (Ley 37/1962, de 21 de julio sobre Hospitales, Art. 1.º ...Los hospitales son también centros de formación del personal técnico y sanitario...) (Entre los aspectos de la calidad de la función hospitalaria se encuentra la «existencia o falta de personal competente», etc.).

El éxito de una empresa depende de su aptitud en perfeccionar a los hombres que en ella trabajan. La formación constituye una permanente necesidad, y no sólo en su aspecto de buscar la eficacia y el rendimiento, sino también para una política de promoción del personal. Es decir, la formación no debe constreñirse al perfeccionamiento profesional, sino que debe abarcar, al mismo tiempo, el progreso de la personalidad, constituyendo una verdadera *promoción humana* de interés para todos.

La formación debe ser una acción general, continuada y permanentemente renovada.

La formación que debe impartirse tiene que considerar:

— *Formación técnica, que equivale a adaptación.* Adaptación a la evolución constante de las técnicas y los métodos de trabajo. Los cambios actuales exigen unos conocimientos concretos, eficaces, y más próximos a la realidad de cada día, y la formación debe preocu-

parse de facilitarlos, evitando el inmovilismo y la esclerosis profesional.

— *Formación humana.* Las ciencias humanas acusan un retraso considerable sobre el progreso técnico, pero no puede olvidarse los componentes humanos en el trabajo, por lo que debe intentarse el desarrollo máximo de sus capacidades y la posibilidad de desarrollar su valor potencial.

— *La formación para el grupo.* Tratar de movilizar a todo el personal en función de los fines que se buscan. La formación debe crear la solidaridad entre ellos.

En resumen, diríamos que la formación permanente debe garantizar una mayor seguridad en el empleo, facilitando su nueva orientación o actualización dentro del hospital o, si es necesario, su reconversión fuera de él, debe permitir a cada uno asimilar mejor los progresos técnicos y cooperar más activamente al progreso general, pero debe ayudar, también, a que el hombre tenga acceso a los bienes de la cultura, del espíritu, de la dignidad y de la responsabilidad, ya que toda persona tiene derecho al perfeccionamiento.

Si la formación permanente es una necesidad, debe plantearse de tal manera que a ella se someta todo el personal del hospital, con el fin de actualizar su cultura profesional, promocionar al hombre que trabaja y mejorar la asistencia al enfermo.

Deben utilizarse:

— Principio de la división del trabajo, con diferenciación de las tareas, de las funciones, deberes y responsabilidades de los puestos de trabajo y de los órganos o unidades en que se integran.

— Principio de la especialización, con la diferenciación en la preparación, capacitación, técnica y adiestramiento de los individuos.

Es decir, si queremos organizarnos hay que «dividir el trabajo y especializar a los trabajadores».

Antes de confeccionar ningún plan debe tenerse en cuenta:

— Conocimiento del personal al que se va a formar.

— Conocimiento del puesto de trabajo que va a ocupar.

— Metodología de la formación a impartir.

— Finalidad a conseguir.

— Que el programa responda a las exigencias actuales.

Una vez sentadas estas premisas:

— Informar a todos los interesados sobre lo que se pretende (es preferible la información oral e individual).

— Dar ocasión de comunicar sus deseos y de presentar sugerencias los propios receptores.

— Esforzarse por suscitar el interés y obtener la adhesión de todos (nadie aprende nada contra su voluntad).

— Crear un estado y grado de receptibilidad suficiente, que responda a sus deseos, de tal manera que lo ofrecido se haga deseable, y lo acepte como algo de interés para él.

— Vencer las resistencias a la formación (aunque existe un consentimiento general sobre la bondad de la formación, en el orden práctico presenta inconvenientes para su realización): dificultades financieras; resistencia de los propios interesados (resistencia al cambio de conocimientos, apego a las viejas costumbres, oposición a métodos nuevos, aversión a volver a los bancos de la escuela, etc.; resistencia de los superiores; hostilidad de los compañeros, etc.).

Por ello, hay que crear interés por este tipo de actividades:

— Obteniendo el apoyo de la dirección.

— Estudiando las necesidades reales de cada empleado, grupo, etc.

— Acertando con los métodos de formación.

Pero también: garantizando la estabilidad del empleo, reconociendo y respetando derechos y situaciones aceptables por el personal, estableciendo retribuciones suficientemente remuneradas y justas, montando un ambiente adecuado de trabajo, incrementando el prestigio de cada unidad de trabajo, estableciendo procedimientos adecuados para la promoción de los más capaces, valorando y reconociendo el grado de rendimiento real de cada uno, aumentando el margen de iniciativa personal, combatiendo la despersonalización en el trabajo, estableciendo canales de información ascendente y descendente, etc.

Después de todo esto:

— Poner en práctica el plan definitivo.

— Controlar regularmente la eficacia y validez de la formación que se está dando o ya se facilitó.

— Readaptar el plan fijado de acuerdo a la información obtenida en los controles.

— Fijar la duración y ritmo de cada formación.

— Prever etapas sucesivas.

Todos los cursos pueden desarrollarse dentro o fuera del hospital, o bien utilizando el método de permutas de personal, muy interesante y utilizable si existiera una verdadera coordinación entre los hospitales interesados.

El contenido de los cursos puede ser:

— De perfeccionamiento que trate temas de actualidad médica general para intentar una *puesta al día.*

— De información intrahospitalaria, ante la instalación de un nuevo servicio, adquisición de cierto instrumental.

— De especialización a la vista de las necesidades y el personal preciso (radiología, psiquiatría infantil, laboratorio).

— De pastoral hospitalaria.

— De sociología, psicología, o sencillamente para desarrollar cualidades y competencias determinadas del personal (comprensión del comportamiento humano,

(Termina en la página siguiente)

ESTADISTICAS DE SALUD PUBLICA

AMBITO DE DESARROLLO DE ESTA EXPOSICION

Es importante definir el ámbito en el cual ha de desarrollarse la presente exposición.

Los puntos a tratar serán:

1. Conceptos generales en relación al problema.
2. Definiciones más importantes usadas en Estadísticas y Bioestadísticas.
3. Importancia del uso adecuado de los datos estadísticos en Salud Pública.
4. Clasificación de las estadísticas de salud con ejemplos prácticos, cuadros y gráficos que lleven al conocimiento de la presentación de la información.
5. Limitaciones de los Sistemas de Estadísticas de Salud.
6. Bibliografía recomendada a los lectores interesados en seguir profundizando este importante capítulo de la salud pública. Se ha tratado en lo posible y la mayor parte de ella se encuentra en la G.A.P.S.

El estudio de la Metodología Estadística no se hace en esta oportunidad, por no haber sido ese el tema asignado y por escapar a las posibilidades del presente estudio. Este aspecto podría ser analizado más adelante en un estudio más amplio.

1 *CONSIDERACIONES GENERALES*

Es cada día más evidente que no se puede ya administrar ninguna organización con conceptos empíricos, tal como se hacía apenas unas décadas atrás. El volumen de los hechos que se registran, el avance de las técnicas de su procesamiento y la necesidad de contar rápidamente con los datos, transformados en Información, hace que en todas las ramas del saber humano se deba contar con «argumentos numéricos» oportunos para resolver situaciones que parecían años atrás, de muy lenta y dificultosa solución.

Este proceso de aceleración del desarrollo tecnológico, del que somos testigos un tanto azorados, nos obliga, de alguna manera, al insoslayable deber de alimentar esta máquina, que cada día requiere análisis más sofisticados y complejos, que se introducen en campos tales como el de la teoría de probabilidad, el nuestro, la investigación operativa, por citar algunos, con la finalidad de definir y predecir el comportamiento futuro de fenómenos observados.

Se van montando permanentemente sistemas económicos, educacionales o sanitarios más complejos y completos, que requieren información profundamente analizada y, por ende, sujeta a mayores cambios y variaciones, para hablar en términos estadísticos, sujeta a mayor *variabilidad*. Es éste, el tema de la variabilidad, un aspecto relativamente reciente, que merece ser conocido y que requiere una metodología de trabajo adecuada.

Primero fueron los físicos matemáticos quienes, ante la necesidad de explicar los aparentes cambios que se operaban en leyes que parecieron inmutables, se introdujeron en el amplio y desconocido, hasta entonces, campo de las técnicas probabilísticas. Muchos años después la Biología inicia un proceso similar y la investigación clínica comienza a trabajar con el concepto de variabilidad y su aplicación fue de enormes beneficios a la investigación médica.

El equipo de salud, incluidos médicos, enfermeras y personal auxiliar, tienen, en general, una gran desconfianza y cierta resistencia a las estadísticas. Es justificable que así sea, dado que mucho es lo que dan, en materia de datos, a través de su ejercicio profesional

---

(Viene de la página anterior)

curiosidad y sentido crítico, capacidad de observación, deseos de perfeccionarse, etc.).

En cuanto a las técnicas y métodos, debe recurrirse a las técnicas de formación de adultos:

— Formación en el mismo puesto de trabajo.
— Rotación y transferencia.
— Clases, conferencias, charlas, demostraciones, estudio de casos.
— Discusión en grupo (seminarios, mesas redondas).
— Visitas a centros o servicios.
— Participación en proyectos.
— Discusión dirigida.
— Testimonios de expertos.
— Representaciones espontáneas.
— Utilización de cintas magnetofónicas, libros de texto, folletos, monografías, carteles, películas, etc.

A. DIAZ-CUERVO

ESTADISTICAS DE SALUD PUBLICA

AMBITO DE DESARROLLO DE ESTA EXPOSICION

Es importante definir el ámbito en el cual ha de desarrollarse la presente exposición.

Los puntos a tratar serán:

1. Conceptos generales en relación al problema.
2. Definiciones más importantes usadas en Estadísticas y Bioestadísticas.
3. Importancia del uso adecuado de los datos estadísticos en Salud Pública.
4. Clasificación de las estadísticas de salud con ejemplos prácticos, cuadros y gráficos que lleven al conocimiento de la presentación de la información.
5. Limitaciones de los Sistemas de Estadísticas de Salud.
6. Bibliografía recomendada a los lectores interesados en seguir profundizando este importante capítulo de la salud pública. Se ha tratado en lo posible y la mayor parte de ella se encuentra en la G.A.P.S.

El estudio de la Metodología Estadística no se hace en esta oportunidad, por no haber sido ese el tema asignado y por escapar a las posibilidades del presente estudio. Este aspecto podría ser analizado más adelante en un estudio más amplio.

1 *CONSIDERACIONES GENERALES*

Es cada día más evidente que no se puede ya administrar ninguna organización con conceptos empíricos, tal como se hacía apenas unas décadas atrás. El volumen de los hechos que se registran, el avance de las técnicas de su procesamiento y la necesidad de contar rápidamente con los datos, transformados en Información, hace que en todas las ramas del saber humano se deba contar con «argumentos numéricos» oportunos para resolver situaciones que parecían años atrás, de muy lenta y dificultosa solución.

Este proceso de aceleración del desarrollo tecnológico, del que somos testigos un tanto azorados, nos obliga, de alguna manera, al insoslayable deber de alimentar esta máquina, que cada día requiere análisis más sofisticados y complejos, que se introducen en campos tales como el de la teoría de probabilidad, el nuestro, la investigación operativa, por citar algunos, con la finalidad de definir y predecir el comportamiento futuro de fenómenos observados.

Se van montando permanentemente sistemas económicos, educacionales o sanitarios más complejos y completos, que requieren información profundamente analizada y, por ende, sujeta a mayores cambios y variaciones, para hablar en términos estadísticos, sujeta a mayor *variabilidad*. Es éste, el tema de la variabilidad, un aspecto relativamente reciente, que merece ser conocido y que requiere una metodología de trabajo adecuada.

Primero fueron los físicos matemáticos quienes, ante la necesidad de explicar los aparentes cambios que se operaban en leyes que parecieron inmutables, se introdujeron en el amplio y desconocido, hasta entonces, campo de las técnicas probabilísticas. Muchos años después la Biología inicia un proceso similar y la investigación clínica comienza a trabajar con el concepto de variabilidad y su aplicación fue de enormes beneficios a la investigación médica.

El equipo de salud, incluidos médicos, enfermeras y personal auxiliar, tienen, en general, una gran desconfianza y cierta resistencia a las estadísticas. Es justificable que así sea, dado que mucho es lo que dan, en materia de datos, a través de su ejercicio profesional

---

(Viene de la página anterior)

curiosidad y sentido crítico, capacidad de observación, deseos de perfeccionarse, etc.).

En cuanto a las técnicas y métodos, debe recurrirse a las técnicas de formación de adultos:

— Formación en el mismo puesto de trabajo.
— Rotación y transferencia.
— Clases, conferencias, charlas, demostraciones, estudio de casos.
— Discusión en grupo (seminarios, mesas redondas).
— Visitas a centros o servicios.
— Participación en proyectos.
— Discusión dirigida.
— Testimonios de expertos.
— Representaciones espontáneas.
— Utilización de cintas magnetofónicas, libros de texto, folletos, monografías, carteles, películas, etc.

A. DIAZ-CUERVO

y poco lo que reciben en materia de información útil a su trabajo. No obstante este concepto, creemos de interés puntualizar algunos aspectos.

a) Su decisión de estudiar medicina, de algún modo define al médico como no demasiado interesado por las ciencias exactas, especialmente las matemáticas, la *bête noire* para muchos, durante el período del secundario. Por vocación le agrada la biología y casi siempre la concepción social de la medicina.

b) Cuando en algunas facultades se ha introducido el estudio de la Metodología Estadística, su enseñanza se ha hecho tediosa, compleja —por su falta de base matemática— o a través de ejercicios y ejemplos alejados de la biología, de modo tal, que los estudiantes no alcanzan a comprender ni vislumbrar las ventajas prácticas de lo que se les intenta enseñar. Es común que, sin llegar a explicarles las bases más simples de una correcta metodología, tanto en medicina como en salud pública, se lleve a los alumnos directamente a la solución de problemas tales como el análisis de varianza, prueba de chi cuadrado, correlación, regresión, análisis probabilístico, temas que por su simple nombre espantan y sensibilizan para siempre al joven en contra de la estadística.

c) Ya médico, su relación con esta herramienta de trabajo es casi siempre sinónimo del manejo de muchos *papeles* —en realidad formularios— que en gran abundancia se ve obligado a llenar, ignorando las más de las veces por qué y para qué lo hace, dado que nadie se molestó jamás en explicarle cual es su utilidad, ni ver prácticamente el resultado de su esfuerzo.

d) Es además tradicional y crónica la carencia de fiabilidad en los datos estadísticos, lo que produce como consecuencia que cuando una información llega a nuestro conocimiento, a priori dudamos de su calidad.

En muchas ocasiones se la compara instintivamente con lo que nos dice nuestra experiencia o la lógica, que por no estar registrada y cuantificada nada puede probar, pero que es argumento suficiente para rechazar de plano o paulatinamente conclusiones en las que desde el comienzo no se tuvo confianza.

e) Olvidamos que la calidad de la información que nos llega es consecuencia y resultado de la seriedad y responsabilidad con que fue asentado el dato original, producido por nosotros mismos.

No obstante, los médicos somos normalmente a la vez productores y los más decididos usuarios y *consumidores* de los datos estadísticos. Nuestra formación científica nos lleva al deseo de conocer los problemas médicos en sus causas más profundas, etiológicas. Tenemos imperiosa necesidad de poseer elementos de juicio de manera ágil y oportuna (especialmente oportuna) para tomar decisiones urgentes. Obliga también a tener conocimientos estadísticos el panorama cambiante de los avances técnicos, que hace de este apoyo inestimable de todas las ciencias un instrumento de uso obligado para ordenar y ampliar conocimientos.

El bagaje de elementos que ha de manejarse para usar adecuadamente la estadística no es excesivamente extenso ni difícil. Muy por el contrario, se puede afirmar que él es mínimo y que cuando el entusiasmo nos tiente o induzca a profundizar la investigación y nuestro terreno no sea lo suficientemente firme, es aconsejable, en ese momento, recurrir a técnicos especializados en la materia, quienes orientarán el trabajo y evitarán que caigamos en errores.

2 *DEFINICIONES IMPORTANTES*

Con el propósito, desde el comienzo, de dejar claros algunos conceptos que suelen confundirse, parece oportuno definir los términos más comúnmente usados en la actividad estadística.

Corresponde que primero sea el de Estadísticas, en plural, que, de acuerdo con Yule, *«son datos cuantitativos afectados por un cierto número de causas»*. De otra manera, puede decirse que es el conocimiento de hechos o fenómenos agrupados sin mayor análisis. El dato del número de camas de un área, de ingresos hospitalarios, accidentes en carretera cada fin de semana, son ejemplos típicos de *estadísticas*.

En cambio Estadística, en singular, es, según R. A. Fisher, «una rama de la Matemática Aplicada dedicada al estudio de la variación de las poblaciones». Se entiende por población, en nuestro campo, a todo elemento componente de un universo, de manera que no significa necesariamente personas, sino cosas —tornillos, lámparas de luz— animales o cualquier otro elemento cuantificable y analizable, como colonias de bacterias, flores, animales, etc.

Metodología Estadística la define Gini diciendo que *«es una técnica especialmente apta para el estudio cuantitativo de los fenómenos masivos»*. Otra definición del mismo concepto es la que establece que es el procedimiento de recolección, elaboración, presentación y análisis de los datos estadísticos.

Resulta claro ahora comprender que Bioestadística es la aplicación de la Metodología Estadística al campo de los fenómenos biológicos e incluye a la medicina clínica y a la sanitaria. Esta es la actividad de «recolección, elaboración, presentación y análisis de datos relacionados con problemas de salud de la comunidad».

La estadística no es un instrumento, al decir de Paula, con el que se pueda probar todo aquello que se desea probar, ni es meramente una acumulación de datos, sino que es básicamente, la descripción y resumen de la información, que permite, por inducción, generalizar a propósito de determinado universo sobre la base de una muestra representativa extraida de él. Si la muestra con la que se trabajó ha cumplido los requisitos técnicos fijados, es lícito proyectar los resultados al universo que le dio origen.

Dice el autor citado que las cifras estadísticas no mienten ni engañan; es la interpretación tendenciosa o

interesada, la presentación equivocada, la defectuosa recolección o el análisis deficiente, es donde debe hallarse el error de las conclusiones. A veces somos los mismos médicos —que luego criticamos o subestimamos la calidad de la información— quienes a la hora de inscribir un dato en un formulario no lo hacemos con la suficiente meditación y sentido de la responsabilidad, validos tal vez de aquellos de que «por una vez, quién lo va a saber».

3 *IMPORTANCIA DE LAS ESTADISTICAS DE SALUD*

Muchos son los aspectos en los cuales la aplicación del Método Estadístico es indispensable en Salud Pública. Veamos algunos:

3.1 *Un adecuado sistema de estadísticas sanitarias* permite conocer el nivel de salud de una población determinada. Al efecto de establecer comparaciones, de ser posible, la información debe darse en forma de Indicadores, que nos digan el «peso» que los hechos registrados tienen sobre el total de la comunidad en estudio. Los indicadores, por ser medidas de resumen, condensan en una sola cifra un conjunto de hechos, que podrá luego ser comparada con indicadores de otras áreas geográficas, obtenidos en condiciones similares, para actuar en consecuencia.

3.2 *Se podrá conocer,* por el sistema de estadística, información relativa a mortalidad general, por grupo de edades, lugar geográfico, sexo, causa, etc. Esto permite identificar la estructura y evolución de las patologías en una población determinada. Por razones que veremos más adelante, se ve el sanitarista obligado frecuentemente a trabajar con mortalidad más que con morbilidad, dado que los datos referidos a enfermedades no son fácilmente obtenibles.

3.3 *Elaborados los datos* —es decir, transformados éstos en información—, son los «argumentos numéricos» que permiten a las autoridades sanitarias estar en posesión de elementos de juicio suficientes para definir programas prioritarios, dar alternativas o solicitar recursos para las acciones.

3.4 También, mediante un proceso de difusión y educación sanitaria, será posible llegar a la comunidad con argumentos serios, no sensacionalistas ni demagógicos, para obtener su apoyo y comprensión en las acciones a emprender.

3.5 Por último, se posibilita, mediante una ágil información, tener permanentemente informadas a las autoridades del nivel superior, por publicaciones periódicas o partes especiales, de la evolución y evaluación de los programas y las posibles modificaciones que fuesen necesarias.

4 *CLASIFICACION DE LAS ESTADISTICAS DE SALUD*

Existen varios criterios para clasificar este grupo de estadísticas. Algunos, más comprensivos y operativos, como el que proponemos, tratan de incluir todos los datos producidos por el sector salud en un cuadro resumen fácil de interpretar (véase tabla 1). Esta clasificación parte de dos grandes grupos:

TABLA 1

Cuadro Resumen de la Clasificación de las Estadísticas de Salud

CLASIFICACION DE LAS ESTADISTICAS DE SALUD PUBLICA
1 Estadísticas relativas a problemas de salud
1.1 Estadísticas vitales
1.1.1 Nacimientos
1.1.2 Defunciones fetales
1.1.3 Defunciones generales
1.1.4 Matrimonios
1.1.5 Otras: anulaciones, separaciones, legitimaciones, reconocimientos
1.2 Estadísticas demográficas
1.3 Estadísticas de morbilidad
1.3.1 Estadísticas hospitalarias
1.3.2 Transmisibles de denuncia obligatoria
1.3.3 Programas especiales: cáncer, tuberculosis, lepra, etc.
1.4 Estadísticas sociales
1.4.1 Educacionales
1.4.2 De trabajo
1.4.3 De vivienda
1.4.4 Saneamiento ambiental
1.4.5 De ingresos
1.4.6 Otras
2 Estadísticas relativas a recursos para la salud
2.1 Recursos humanos
2.2 Recursos físicos
2.3 Recursos financieros

4.1 *Estadísticas referidas* a problemas que la población plantea a los servicios de Salud.

4.1.1 *Estadísticas vitales.* Definidas como una rama de la estadística aplicada, que se dedica al estudio de los hechos relacionados con el comienzo y fin de la vida del individuo y los cambios de estado civil ocurridos durante ella. Tal es la definición dada por las Naciones Unidas en el Manual de Métodos de Estadísticas Vitales. La característica fundamental es que se trata de un sistema de Registro, que es permanente, continuo y obligatorio; que comprende los nacimientos, defunciones fetales, defunciones generales, matrimonios y secundariamente divorcios, anulaciones, separaciones, reconocimientos y legitimaciones. Responsables de la

calidad de la información son las personas que asientan el dato en el formulario —médicos, comadronas, funcionarios de Registro Civil— y de su conocimiento de las definiciones, tales como nacido vivo, causa básica de muerte, lugar de residencia, etc.; se logrará una información de óptima calidad.

4.1.2 *Estadísticas Demográficas.* Son una rama de la estadística aplicada dedicada al estudio de las poblaciones, tanto en lo que se refiere a su estructura como a su dinámica. Vale decir que en una población dada debe interesarnos tanto cómo está constituida internamente —por edades, sexo, nacionalidad, etc.— como su evolución a través del tiempo. Para conocer estos aspectos se realizan los Censos Decenales, obligatorios a nivel internacional, los años terminados en cero (1950, 1960, 1970, etc.) más no siempre realizados así por todos los países, existiendo por tanto grandes lagunas en la información que debiera ser homogénea y universal.

El conocimiento y análisis de los datos esenciales es imprescindible en salud pública, dado que la población es el sujeto, el paciente, de las actividades sanitarias. Unidos y relacionados los datos censales, con los que se producen por el sistema de estadísticas vitales en el Registro Civil, es posible obtener las tasas que indican qué influencia tienen en la población las diversas patologías y hacia dónde debemos orientar nuestras actividades programáticas.

Es obvio que ante una población con alto porcentaje de menores de 5 años, las acciones maternoinfantiles son las más indicadas y necesarias; en una región industrializada emergerán los accidentes y las enfermedades profesionales; cuando la pirámide de población muestra tendencia al envejecimiento (alto porcentaje de personas de más de 65 años) es evidente que los problemas geriátricos y la patología subsecuente tendrán prioridad de atención.

4.1.3 *Estadísticas de Morbilidad.* Es una rama de la estadística aplicada dedicada al conocimiento de la salud de la población, que se recogen en los establecimientos estatales, de la Seguridad Social y privados, tanto en internación como en consulta ambulatoria. El sistema de obtención de los datos puede ser de registro permanente o, cuando éste no existe o no es fiable, mediante encuestas por muestreo. Por varios motivos las estadísticas de morbilidad son las más difíciles de obtener. Tal vez el más importante es que, por regla general, la enfermedad no es un hecho que se pueda demostrar fehacientemente, dado que no todas las personas que tienen un padecimiento son conscientes de él, o no consultan a su médico en el momento oportuno. A veces, es el propio médico, amparado en el secreto profesional, quien no comunica los procesos diagnosticados, ignorando que existe también un secreto estadístico y que además el dato por él producido se hace anónimo apenas comienza el proceso de elaboración. Hay, asimismo, afecciones que, a criterio del médico o de los pacientes, por su banalidad, no merecen ser comunicadas, pero que, sin embargo, poseen una gran importancia socioeconómica. Tal es el caso de las epidemias de gripe, que en ciertas épocas del año produce un elevado absentismo laboral y escolar.

Se hace también dificultoso contabilizar las *unidades* estadísticas en procesos que suelen repetirse una o más veces en el período de registro, como la gripe, en que el número de casos no coincide con el de personas que enfermaron. Otro tanto ocurre con las neoplasias o procesos crónicos, que requieren a veces varias internaciones durante su evolución.

Es por estos motivos que cuando se hace un Diagnóstico Sanitario se tiene en cuenta básicamente los datos de mortalidad. Si se dispone de recursos humanos y financieros puede recurrirse a las encuestas por sistema muestral, que por requerir un montaje complicado, no siempre se puede realizar en los países en desarrollo.

Las estadísticas de morbilidad incluyen también, además de los datos registrados por los canales normales, en hospitales, centros sanitarios, sector estatal, paraestatal y privado —este último de muy difícil incorporación al sistema— el registro de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y programas especiales como tuberculosis, lepra, registro de cáncer y otras.

4.1.4 *Se incluye en el grupo 4.1* —problemas de salud— las estadísticas sociales, aunque su esfera de influencia está menos delimitada que las tres anteriores. En realidad el sector salud, hasta el presente, ha hecho poco uso de ellas, pero creemos que debe tenerse presente que en la consideración global de los problemas sanitarios las estadísticas sociales ocupan un lugar destacado.

Se definen como la rama de la estadística aplicada que estudia las condiciones de vida, trabajo, educación, ingresos, actividades recreativas, vivienda, etc., así como los cambios que en ella se producen. Incluye información sobre medidas de gobierno y resultados obtenidos, haciendo particular referencia a los grupos más vulnerables: niños, ancianos, inválidos o discapacitados.

4.2 *Estadísticas de Recursos.* Es natural que para enfrentar los problemas que en rubro 4.1 se han puntualizado se requieren recursos. Estos serán, de acuerdo a la clasificación en estudio, los siguientes:

4.2.1 *Recursos humanos.* Son sin duda los más importantes, trascendentes y en los que debe pensarse, exagerando el concepto, antes de comenzar a planificar. Ello obedece a que el «tiempo de latencia» —el que va desde que define una política, se inicia la formación o adiestramiento de personal, hasta que se lo tiene disponible— es generalmente muy largo. Este hecho ocurre más frecuentemente de lo que se cree y es común que se obtenga la financiación de ciertos programas, porque son necesarios, se los sabe plantear hábilmente o pro-

meten un buen caudal político. Pero a la hora de poner en marcha las acciones, por más dinero que se tenga, si no está disponible el personal adecuadamente formado, el programa no dará los resultados previstos y fracasará. Se desprestigiará a los ojos de quienes dieron su aval o de la comunidad. El mundo de la sanidad está plagado de ejemplos de estas situaciones frustrantes.

Este es el momento de decir que el recurso humano aislado posee un escaso valor, por más completa que sea su preparación. Es en la integración de un equipo donde se potencia la preparación de cada uno de sus componentes y es ésta y no otra la clave del éxito. Hoy no se concibe que sea el médico solo, cual un francotirador de la Salud Pública, el responsable exclusivo de los programas a la hora de su ejecución. De acuerdo a esta concepción, lo será la enfermera, el ATS, el ingeniero sanitario, arquitecto, técnico en saneamiento, en estadísticas, el sociólogo, antropólogo, educador sanitario, quienes, en su momento y a su hora, aportarán sus conocimientos y experiencia al equipo de salud. Un hospital no puede ser diseñado por un grupo de médicos animosos o por líderes de la comunidad, por más conocimientos empíricos de arquitectura que posean, o los mueva el más gran entusiasmo cívico. Es el caso de aplicar aquello de «zapatero a tus zapatos». En materia de recursos humanos, un buen sistema de estadísticas tendrá a disposición del usuario un Censo Permanente, actualizado, de las personas disponibles para las acciones de salud. Se fijará asimismo el déficit de funcionarios en todos los niveles, de modo tal, que permita a las autoridades sanitarias fijar una política coordinada con el sector educación, para la formación del personal necesario.

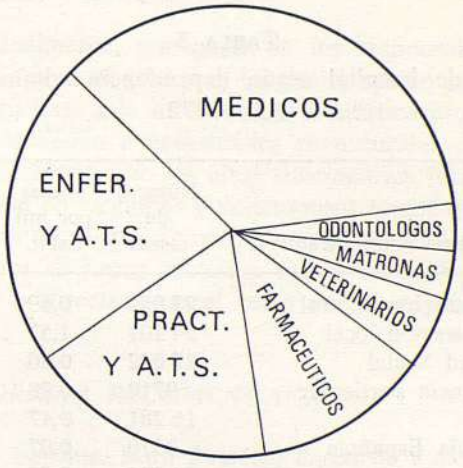
En la tabla 2 se incluye el número de médicos y otras profesiones vinculadas a la sanidad y su tasa por 10.000 habitantes, además de la relación habitante/profesional. Se observa que hay alrededor de un odontólogo cada 14 médicos y que existe casi igual cantidad de médicos que ATS, enfermeras y practicantes. Había en 1972 un médico cada 700 habitantes (en 1974 la cifra provisional fue de 669), pero sólo un odontólogo cada 9754 personas. Esta cifra debe preocupar a las autoridades sanitarias en cuanto al cuidado de salud dental de la población. La OMS recomienda, para cubrir las necesidades odontológicas, un profesional por cada mil habitantes, que para la cifra censal de 1972 requeriría, en número redondos, 34.000 odontólogos, con lo cual el déficit era de 31.000 profesionales.

4.2.2 *Recursos físicos.* Llamados también capacidad instalada o recursos en operación, ya que los tres términos se pueden usar indistintamente. Se refiere este rubro al número de hospitales, equipamiento general, etcétera. La unidad usada tradicionalmente es el número de camas de dotación que poseen los hospitales. Pero actualmente este concepto es puesto en duda, ya que

TABLA 2
Personal profesional colegiado. Año 1972

Profesionales	Número de profesionales	Hab/ Prof.	Tasa ‰ habit.	% del total
Médicos	49 256	700	14,2	36,0
Enfermeras y ATS	30 997	1113	8,9	22,6
Practicantes y ATS	24 469	1410	7,0	18,0
Farmacéuticos	16 925	2038	4,9	12,4
Veterinarios	7350	3694	2,1	5,4
Matronas	4124	8366	1,1	3,0
Odontólogos	3537	9754	1,0	2,6
Total	136 668	252	3,9	100,0

Fuente: «Anuario Estadístico Español». Año 1974. Población estimada en 1972: 34.364.553 habitantes.



Corresponde a la tabla 2.

es más importante, a los efectos de la calidad de la atención médica brindada, la disponibilidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, que apoyan al instrumento cama, que su número total. Asimismo se tiene en cuenta la dedicación del personal y su preparación especializada. Este concepto es el que se ha definido como complejidad.

La complejidad hospitalaria ha sido aplicada y analizada y permite asegurar que es un elemento de juicio de importancia decisiva en la implantación de la regionalización sanitaria, conjuntamente con los niveles de complejidad y la planificación por áreas programáticas, aspectos que citamos pero que no es el caso analizar en este momento. Es sí oportuno recordar que Estadísticas de Salud juega en todo esto un papel importante a través del Catrasto de Recursos Físicos.

La tabla 3 indica el total de camas disponibles en 1972 en España, por dependencia propietaria, y su peso porcentual. Se observa que el sector estatal (Administración central, local y Seguridad Social) posee el 66,6 % de las camas, es decir, que de cada 10 camas

casi 7 son del Estado. El resto son directa o indirectamente del sector privado. La tabla 4 muestra la dependencia de los hospitales españoles y su número total relativo.

Otro aspecto a tener en cuenta y que se registra estadísticamente es el que se refiere a rendimiento hospitalario. En muchas ocasiones, al visitar un hospital, las autoridades son asediadas por el clamor insistente de la comunidad, médicos y aún el director del establecimiento de *más camas,* ya que el hospital está permanentemente saturado y «no se sabe dónde poner los pacientes».

Pero cuando se analiza el rendimiento del establecimiento por Servicio, a través de unos pocos indicadores se constata que el aprovechamiento es deficiente, dado que el porcentaje de ocupación es bajo, la estancia media prolongada y la tasa de uso no alcanza los valores aceptables. En otras palabras, el hospital está, según los servicios que se estudien, semivacío, con pacientes

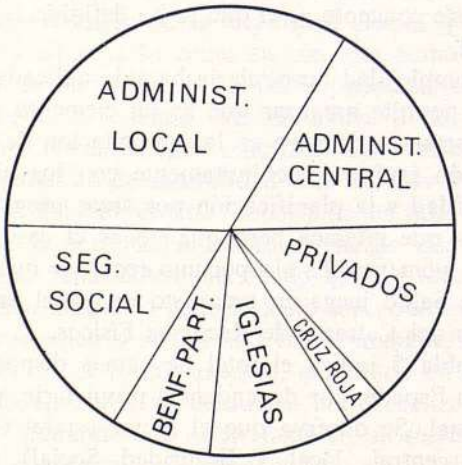
TABLA 3

Camas de hospital según dependencia administrativa. Año 1972

Dependencia administrativa	Número de camas	Camas por mil habit.	% del total
Administración central	23 934	0,69	15,0
Administración local	54 201	1,57	34,0
Seguridad Social	27 622	0,80	17,4
Beneficencia particular	9710	0,28	6,1
Iglesias	16 281	0,47	10,2
Cruz Roja Española	2570	0,07	1,6
Privados	24 936	0,72	15,7
Total	159 254	4,6	100,0

Fuente: «Anuario Estadístico Español». Año 1974. Población estimada en 1972.

Nota: Se incorporaron a Beneficencia particular cuatro establecimientos con 129 camas para simplificar el cálculo de rubro «otros».

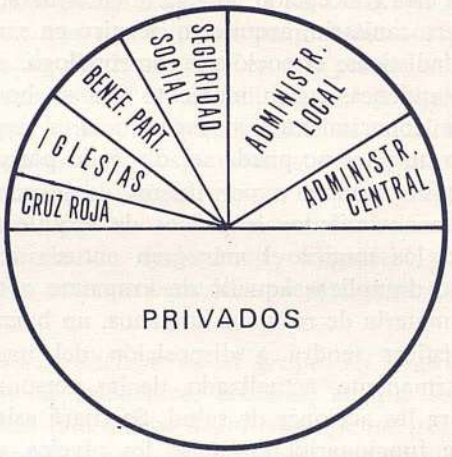


Corresponde a la tabla 3.

TABLA 4

Hospitales según dependencia administrativa. España 1972

Dependencia administrativa	Número hospitales	% sobre el total
Administración central	139	10,3
Administración local	225	16,7
Seguridad Social	103	7,6
Beneficencia particular	86	6,4
Iglesias	89	6,6
Cruz Roja Española	38	2,8
Privados	669	49,6
Total	1349	100,0



Corresponde a la tabla 4.

que por razones económicas, sociales o inadecuada atención, permanecen más tiempo que el aceptado y aceptable, transformando el hospital en un asilo (pero a costes elevados, para ser tal).

En estos casos la recomendación que ha de hacerse es que más que aumentar el número de camas hay que administrar con mayor eficacia las existentes, mediante una redistribución periódica de ellas —de acuerdo a la evolución de las patologías—, una mejor atención ambulatoria y más ágil funcionamiento de radiología, laboratorio y otros medios de diagnóstico y tratamiento.

4.2.3 *Recursos financieros.* Es éste, habitualmente, el problema que más preocupa a los administradores sanitarios. La mayor demanda de la comunidad, el encarecimiento de los costos operativos, la necesidad de aplicar una tecnología instrumental cada día más complicada, cara y cambiante, son, entre otros, los motivos que explican el constante aumento de los presupuestos anuales de los establecimientos asistenciales modernos.

El sistema de estadística debe no sólo conocer, con intención prospectiva, la tendencia de los presupuestos, sino que, siempre que sea factible, racionalizar el gasto, dado que es una verdad casi axiomática que la nece-

sidad de recursos financieros es inagotable y no tiene más límite que los que les imponga una adecuada administración.

En este aspecto se ha evolucionado lo suficiente en muchos países como para saber que el instrumento más adecuado para llevar a cabo aquella racionalización es el Presupuesto por Programa, tras haber pasado por la experiencia de los presupuestos globales elaborados a *ojo de buen cubero,* siempre deficitarios a mediados de año.

Para que el Presupuesto por Programa pueda funcionar correctamente, se hace indispensable que el hospital tenga establecido un Sistema de Costos, probado y comprobado que dé no sólo los gastos globales, sino también la estructura del gasto por los distintos sectores y departamentos del establecimiento. Se comprende que un buen sistema estadístico es esencial para todo este proceso.

5. *LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS DE ESTADISTICAS*

Si bien es cierto que el esquema estudiado es claro y no debiera ofrecer dificultades, a la hora de producir información e interpretarla, se sabe y ya se ha dicho, que las estadísticas de la mayor parte de los países en desarrollo no son del todo confiables. Las causas, casi siempre determinables, se pueden esquematizar en los siguientes puntos, que considero los más importantes, si bien un estudio a fondo permitiría agregar otros.

5.1 Carencia de programas concretos, que normaticen la recolección y elaboración de la información de manera uniforme y permanente en los establecimientos de todo el sector salud, vale decir incluyendo al sector privado. A falta de ello y dado lo utópico de la incorporación de este sector al sistema, sería deseable la implantación de un Programa de Encuesta por Muestreo, que en forma permanente investigara el nivel de salud de la población, como lo tienen en funcionamiento algunos países desarrollados y simular al que se utiliza para conocer mensualmente las modificaciones del costo de la vida.

5.2 Falta de coordinación entre los distintos sectores productores de datos relacionados con el nivel de salud de la población —registro civil, oficina de censos, hospitales, etc.— y los diferentes niveles estatales, nacional, regional, provincial, comarcal, etc.

5.3 Déficit de personal intermedio capacitado en las tareas de recolección y elaboración de los datos estadísticos primarios en los hospitales, ambulatorios y centros de salud. Esta actividad en muchos países es ya una profesión de importancia, que incluye a médicos sanitaristas, técnicos y auxiliares en estadísticas de salud y personal con adiestramiento en servicio que actúan como secretarias de sala, encuestadoras, etc. En algunos países, por el contrario, este tipo de personal es desconocido.

5.4 Carencia de una legislación adecuada, que incorpore al sector privado y paraestatal al sistema, que asegure y defina la calificación de «secreto estadístico» de los datos proporcionados, única forma de obviar los recelos existentes actualmente en cuanto a la seguridad de que el secreto profesional no será violado. Sin embargo, en ocasión de enfermedades transmisibles de gran peligrosidad y rápida extensión (peste, cólera, viruela), la seguridad de la comunidad está por encima de dicho secreto.

5.5 Deficiente difusión de la información estadística a los usuarios habituales. Generalmente las publicaciones se presentan en forma de interminables tablas, *llenas de números,* difíciles de entender por el no adiestrado. Sería conveniente un plan de publicaciones cortas, bien graficadas y con comentarios concisos, a nivel de hospitales y servicios.

5.6 Finalmente, por parte de los responsables de fijar políticas en el gobierno, las decisiones no son establecidas en base a la información estadística producida sino respondiendo a necesidades coyunturales del momento. Es común que los altos funcionarios reciban la información en elegantes y voluminosos tomos que sólo sirven para adornar la librería de su despacho o cuando estos tomos se hacen molestos van a un cajón de su escritorio o directamente al cesto de los papeles.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Estadística Sanitaria. Satya Swaroop. Fondo de Cultura Económica.

Metodología Estadística. M. Pascua. Edit. Paz Montalvo.

Estadística Médica. Bradford Mill. Edit. Ateneo.

Medicina Sanitaria y Administración de Salud. A. Sonis y colaboradores. Ateneo (capítulo de Estadística de Carlos Ferrero).

De la bibliografía citada es conveniente puntualizar que el libro de Swaroop de Estadística Sanitaria, se refiere a Estadística de Salud Pública exclusivamente, siendo un excelente texto para ubicarse en los aspectos de estadísticas de hechos vitales, demográficos y de morbilidad.

El libro de Bradford Hill, de Estadística Médica, trata especialmente la metodología estadística básica y elemental para el manejo adecuado de los problemas médicos (no siempre sanitarios).

Más completo es el libro de M. Pascua, aunque bastante más extenso, casi agota todo lo que el sanitarista debiera saber en relación a metodología estadística. Tiene además la ventaja que los ejemplos son relativos a problemas planteados en España.

La obra de A. Sonis es aconsejable no tanto por el capítulo de estadística, que por otra parte para el presente trabajo hemos tenido en cuenta, sino en otros aspectos como epidemiología, salud y nivel económico, nutrición, etc.

ENRIQUE A. QUESADA VARGAS

Director médico de la clínica central de La Alianza

Barcelona

LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL EN EL MUNDO SANITARIO

TEMA POCO TRATADO

En lo que he podido leer sobre este tema —el de los medios de comunicación en general o los llamados «medios de masas» o incluso de los «medios de grupo»— poco he podido encontrar sobre la relación entre los medios de comunicación social y el enfermo. Todo parece indicar que el tema es bastante soslayado. Incluso en los trabajos sobre atención religiosa a los enfermos (o sobre Pastoral Sanitaria) la cuestión es escasamente tratada. Al menos por lo que a mi búsqueda se refiere —que ha sido ciertamente limitada—, creo puede afirmarse que la reflexión sobre este aspecto de la vida del hospital y del enfermo es escasa y que la vida misma seguramente va ya muy por delante de lo que se haya escrito.

Confío que quienes hayan realizado ya experiencias en este campo las vayan publicando. Mientras, estas notas —que son el resumen de un coloquio mantenido hace unos meses con los hermanos del Hospital San Juan de Dios, de Barcelona— sólo pretenden ofrecer alguna aproximación general al tema.

FACTOR DE REINSERCION SOCIAL Y DE EXTROVERSION

Lo primero que acaso no esté de más tener en cuenta en esta materia es la sobriedad en las afirmaciones. Los «mass media» no pueden hacer mucho por el enfermo. Seamos realistas en reconocerlo. Si es cierta la descripción que del enfermar hace Russel Dick, a cualquier persona sensata se le ocurre que no vamos a resolver el problema con grandes dosis de medios de comunicación. El enfermo, que necesita por encima de todo una acogida cálida y personal, no agradecerá el mensaje, necesariamente impersonal, de los medios de comunicación. Recordemos la descripción citada —que tomamos del libro de J. L. Redrado: *Presencia cristiana en clínicas y hospitales*. Madrid, 1969, páginas 66-67—: «Estar enfermo es ser extraño, desnudo, desprovisto de vigor, debilitado por la falta de determinación, angustiado por la falta de ayuda, perturbado por la confianza traicionada; un extraño entre gente extraña, al que incluso los propios vestidos le han sido cambiados. Estar enfermo es pasar a través de lugares extraños del espíritu; estar enfermo es soportar la incertidumbre del diagnóstico, la soledad de la convalecencia, las dificultades de un encararse a la vida como baldado o inválido. Estar enfermo es estar en prisión, aprisionado en una cama, en una habitación, en una sala, en un edificio; prisionero de la propia soledad y desvalimiento, aprisionado en la propia invalidez y encadenado a la amenaza de la muerte».

En tal situación es obvio que la *relación personal* ha de tener primacía. Cualquier reflexión sobre el uso de los medios de comunicación social que no parta de esta conciencia de sus muy reales limitaciones no podrá dejar de aparecer como ingenua y utópica. No es con grandes dosis de radio o de televisión —aun en el supuesto de una notable calidad en los programas— que podremos garantizar aquel sostén y seguimiento personal, aquel necesario apoyo del siquismo y de la emotividad del enfermo. El trato de tú a tú es imprescindible y fundamental. No puede ser sustituido por nada.

Ahora bien, como un *instrumento secundario,* algo pueden aportar los medios de comunicación. El enfermo vive en un estado de hipersensibilidad y se hace numerosas preguntas sobre sus seres queridos —esposa, hijos, familiares—: ¿Quién sabe lo que será de ellos, tendrán suficiente con su pensión? ¿Podrán servirse por sí mismos? ¿Se conservarán la unidad y la paz sin estar presente él? (Véase libro ya citado, pág. 78). Similares preguntas se hace sobre su trabajo: ¿Se lo guardarán? ¿No será ocupado su puesto por otro? ¿No perderá su empleo?, etc.

El enfermo tiende a la *introversión* y a la *marginación social* y se nos dice, por quienes tratan de este tema, que estas actitudes síquicas no le convienen.

Una de las maneras de luchar contra ellas puede ser proponerle un uso sobrio y moderado de los medios de comunicación social: por ejemplo, los programas informativos o recreativos de la radio y la televisión; la prensa, si tiene hábito de leerla. Estos medios son «una ventana al mundo»; el enfermo, a través de ellos, acaso no se sienta tan extraño a él y una manera de hacerse presente en lo que McLuhan ha llamado «la aldea global», la plaza pública en que todo se comenta de este pueblo pequeño, en que se nos ha convertido el mundo por obra de la comunicación instantánea, o casi, de los hechos más significativos que en él ocurren.

No siempre la noticia le va a levantar el ánimo al enfermo —tampoco lo levanta a los sanos— pero al menos le va a ayudar a salir un poco de sí mismo, de su ensimismamiento y le va a remitir a una realidad objetiva más allá de él. Le ayudará a sentirse miembro de la sociedad en que vive y a sintonizar con los problemas del mundo.

LA SELECTIVIDAD DE LAS COMUNICACIONES

Es hoy tan grande el número de mensajes audiovisuales que se nos ofrecen que el principio de la *sobriedad* y de la *selectividad crítica* constituye una exigencia fundamental. Exigencia para todos, incluso para los sanos, o «menos enfermos» que los hospitalizados, según como se mire. Si esto no se tiene en cuenta, estos medios —la televisión, de manera especial— fácilmente se convierten en una droga. El enfermo necesita no obsesionarse sobre su dolencia, pero sí que necesita encontrarse a sí mismo, asumir personalmente su situación y su realidad. Una dosis masiva de informaciones y de imágenes no le será precisamente una ayuda para ello. Ni su mismo estado somático lo permite en la mayoría de los casos, sobre todo si su estado es grave.

Esta selectividad viene hoy facilitada por la misma evolución técnica de estos medios. La lectura siempre es personal, aunque requiere esfuerzo; un gran número de enfermos, por diversas razones, se ven impedidos de realizarla. Los mensajes radiofónicos se han «individualizado» mucho, gracias al transistor (con la ventaja incluso de no perturbar el silencio gracias a la escucha personal por medio de un mini-auricular, lo que en el mundo sanitario tiene sus indudables ventajas). Con la «televisión por cable» se va a un fenómeno parecido en el ámbito del más influyente y avasallante de los modernos medios de comunicación de masas.

¿Cómo favorecer la selectividad en el mundo hospitalario? Las publicaciones escritas y críticas sobre estos medios pueden ser una ayuda. Acaso no esté de más proponer unas sugerencias o recomendaciones a través de los medios que estén al alcance de cada centro hospitalario. Obviamente, habrá que tener en cuenta que no es, a este respecto, igual la situación del enfermo de cuidado que el convaleciente; ni la del internado por un breve período, que la del que padece dolencia larga o crónica.

EL USO PASTORAL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL

Como último punto, vamos a referirnos al uso pastoral de los medios de comunicación en el hospital como instrumentos de una acción propiamente asistencial religiosa, es decir, propiamente pastoral. Como es obvio, suponemos que se realiza siempre dentro de un clima de estricto respeto a la libertad religiosa y a la actitud de cada persona frente al hecho religioso.

También en este punto aparece claramente que el trato personal o de grupo siempre tiene primacía sobre la *comunicación de masas*. Aquéllos son selectivos; ésta va a todos indiscriminadamente.

En este punto parece necesario hacer una distinción entre los actos religiosos que ofrece el propio hospital y que transmite a sus internados por vía acústico-radiofónica o por circuito cerrado de televisión (aunque este caso entre nosotros no sea muy frecuente) y la utilización de los actos religiosos organizados fuera del ámbito hospitalario (por ejemplo: la misa transmitida por radio o por televisión).

Respecto a los primeros tienen la ventaja de que permiten llegar a todos los internados que lo deseen, por ejemplo mediante la celebración de la *misa del domingo que esté adaptada a la mentalidad y exigencias de los enfermos:* corta, sencilla, con un lenguaje acomodado y una homilía muy breve, etc. (Véase el libro citado más arriba, págs. 90-91).

En cuanto a la misa por radio, el uso del transistor permite seguirla a quienes lo deseen. En general las *misas que difunden algunas emisoras* tienen perfectamente validez para los enfermos y en algún caso están pensadas básicamente para ellos.

Sobre la *misa que Televisión Española difunde* todos los domingos y días festivos, hay que señalar que por su horario y por sus características parece muy aprovechable para las personas enfermas que deseen oír la misa, por su condición de católicos practicantes.

UN CASO ESPECIAL: LOS NIÑOS

Hemos hablado del mundo sanitario y con referencia a los adultos. Para terminar hay que hacer una referencia a los niños y a los centros sanitarios en que ellos son mayoría, caso que ha de merecer nuestra

(Termina en la página 168)

nistrar el sacramento de los enfermos. Sin embargo, en todos los casos, el capellán debe ser llamado a la cabecera del enfermo que acaba de morir. En efecto, frente a la muerte y a su misterio impenetrable, los familiares del desaparecido, así como también todos aquellos a quienes la muerte espera como el fin de la vida, se hallan ante una pregunta formulada a su fe. Es en este mismo momento cuando los que se quedan tienen necesidad de una ayuda para despedirse del desaparecido y expresar su pena. De cara al enfrentamiento con la muerte, a veces tan brutal, todos tenemos necesidad de la ayuda de la Iglesia, una ayuda que ella puede aportar por el anuncio de la resurrección de Jesús.

La desaparición de un ser querido nos deja a menudo sumidos en la confusión. Así no estamos en estado de hacer o evitar lo que exigiría la verdad de la hora. En el seno de su propia familia, pero más aún en el hospital, muchas gentes no saben cómo comportarse frente a ellos mismos, al difunto, y sobre todo a los familiares del desaparecido. La situación es aún más penosa cuando un accidente mortal ha segado una vida, sea en un accidente de carretera o en una catástrofe.

Frecuentemente lo que predomina es el miedo ante el terrible suceso o bien la curiosidad indiscreta. Y aquéllos que son los más afectados, los más trastornados, son incapaces de cualquier reacción. Entonces se impone la ayuda, llena de sensibilidad, de un hombre que, aunque está conmovido por esta muerte, conserva su serenidad. Su presencia, la oración que eleva a Dios con los miembros de la familia, pueden convertirse en un signo decisivo, humano y religioso a la vez, en medio de un mundo que parece sin esperanza e inhumano.

Al sacerdote le corresponde aquí un papel a menudo difícil, pero esencial. El mismo —o la persona que le reemplace— tiene que ayudar a los parientes a expresar su pena, evitando sobre todo que éstos se encierren en el choque causado por el rechazo de la muerte. Es importante que puedan expresar hasta las reacciones más vivas de la sensibilidad, provocadas por la amargura de la hora y la brutalidad de la muerte. Aceptar estas reacciones, incluso favorecerlas, es aportar un valioso apoyo a los parientes y amigos trastornados por la desaparición de un ser querido.

La liturgia de la Iglesia recomienda, en esta situación, la oración de intercesión por él y los parientes. Según los casos, pueden ser escogidas y añadidas otras oraciones. La oración por los moribundos debe tener en cuenta las circunstancias en las cuales tiene lugar la separación; es decir, la situación de confusión y de impotencia de las personas presentes debe ser evocada y confiada a Dios. Sobre este punto exacto se basa nuestra esperanza en el Dios viviente que, hasta en la hora de la separación, no abandonó a Jesús, nuestra esperanza en la resurrección. Se recomienda ayudar a los miembros de la familia para que se despidan de su difunto de alguna manera corporal, por ejemplo, animándoles a trazar el signo de la cruz sobre su frente y acompañar este gesto con una oración: «A ti, Dios de los vivientes, remitimos entre tus manos (nuestro pariente, nuestro amigo). En el momento en que la muerte le separa de nosotros, ábrele tú mismo las puertas de la Vida».

Seleccionó: MIGUEL GARCÍA, O. H.
Secretario General, Roma

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH
Voluntarios san Juan de Dios, Barcelona

LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL EN EL MUNDO SANITARIO

(Viene de la página 163)

particular atención y seguramente la del posible lector de estas líneas.

Bastará una breve referencia específica a los tres puntos esbozados. Por lo que respecta a la inserción social será muy útil que el niño enfermo pueda ver, por ejemplo, los programas infantiles de televisión que «visionan» los demás niños de su país y de su edad. La selectividad de las comunicaciones se impone de una manera especial en este caso, por obvias razones pedagógicas, éticas e incluso de horario hospitalario.

En el aspecto pastoral, siempre que sea posible, se impone proyectar actos religiosos especiales para ellos, sea una catequesis, una misa o cualquier otro. La adaptación al enfermo y a su condición y psicología es una exigencia general; lo es mucho más para el niño enfermo.

En la obra que hemos citado (concretamente en la pág. 91) se hace referencia a que las catequesis para niños subnormales han de ser «sistemáticas, cortas y dando preferencia a los métodos audiovisuales». El uso de circuitos cerrados de televisión ofrece diversas posibilidades y ya existen algunas experiencias, sobre todo en la presentación de los temas cristianos a través de este lenguaje a los niños en general.

JORGE PIQUER

Pastoral hospitalaria

MUERTE DIGNA DEL HOMBRE Y MUERTE CRISTIANA

DECLARACION DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA

El 20 de noviembre de 1978, los obispos de Alemania Federal hicieron pública la declaración siguiente sobre los nuevos problemas planteados por la evolución de la sociedad y de las mentalidades respecto a las nociones de muerte digna del hombre y de muerte cristiana, particularmente sobre las responsabilidades aumentadas de las comunidades cristianas.

II

EL TESTIMONIO Y LOS SACRAMENTOS, SIGNOS DE LA PROXIMIDAD DE DIOS

En sus últimos instantes, el hombre no puede dejar de percibir claramente que sus fuerzas vitales declinan y se encaminan hacia un final decisivo. Este acontecimiento somete a una ruda prueba la fe del moribundo. Frecuentemente, estalla entonces la crisis más grave y más significativa. Se exige de un hombre que sea capaz de confiar en quien le es más extraño. El moribundo debe abrirse, en la confianza, a su propia situación, al hombre del cual depende y en resumen, a la muerte, puerta de su destino. Se plantea la interrogación: ¿cómo puede hacer este acto de confianza y guardar firmemente la fe en Dios, aunque las apariencias son contrarias?

Los cristianos han aprendido, precisamente en las horas de lucha, a confiar en Dios, en virtud de la promesa de su fidelidad. En esta actitud de fe, reciben fuerza y valor, serenidad y seguridad, en el reposo como en la marcha hacia adelante (¡sea donde sea el lugar a que pueda conducirles su camino!) Ellos hacen la experiencia de la misericordia y de la bondad de Dios en la prueba misma que El les envía. Muchos hombres pueden testimoniar la ayuda inesperada que han recibido, gracias a esta fe bien arraigada.

Pero ocurre con frecuencia que los moribundos relacionan este apego a Dios con la esperanza de una salida positiva muy concreta, como por ejemplo el éxito de una operación, la acción de un medicamento, la curación, la vuelta a su casa y la supervivencia. Cuanto más orientadas hacia este fin están su fe, su oración y su esperanza, más su actitud de fe reviste un carácter de un *apego,* de una voluntad de lograr y salvarse a todo precio, de una discusión con Dios. En el fondo, lo que así se expresa es una protesta contra el orden de la creación querido por Dios. El hombre plantea a Dios una exigencia. Dicho de otro modo, quiere que Dios, una vez más, haga un acto de creador, pero esta

vez en el sentido de intervenir para satisfacer la petición humana. A este intento de llevar la delantera a Dios, sólo podemos escapar en la medida en que no olvidemos el segundo momento de la fe, tan importante como el primero.

CREER ES TAMBIEN SABER DESPRENDERSE

De la misma manera que, en la respiración, expirar e inspirar van estrechamente unidos, también es necesario, en la fe, desprenderse igual que atarse a Dios. Esta es una actitud de fe descuidada bien a menudo, en la que se trata de estar dispuesto a comprender la privación y el sufrimiento, la agonía y la muerte como una participación en el sufrimiento y la agonía de Jesucristo. Precisamente cuando se asiste al moribundo en sus últimos instantes, es cuando esta actitud de fe toma toda su significación. Desprenderse significa rechazar aferrarse, reconocer lo que a partir de ahora es verdaderamente tinieblas y luz, lo que tiene un sentido y lo que ya no lo tiene, contestar a una llamada, aceptar recorrer un nuevo camino, y en fin, estar dispuesto a abandonar sus seguridades para descubrir a Dios en lo desconocido. ¿Y qué hay de más desconocido que la propia muerte? ¿Qué camino es más difícil de recorrer que el hecho de morir, en este sentido global? Cuando nuestra fe, nuestra oración y nuestra esperanza se fundan sobre estas dos actitudes fundamentales de apego y de desprendimiento, entonces la fe puede adquirir todo su sentido en las últimas etapas de la vida. Ella puede ayudar al hombre a hacer frente a la agonía y a la muerte, ella puede aportar una respuesta a las preguntas que se plantean sobre el sentido de este acontecimiento.

Entonces comprendemos que, por ejemplo, la fase del rechazo del moribundo exige de aquél que le asiste comprensión para las angustias y las resistencias del enfermo, sin cerrar por ello los ojos a la realidad, de tal manera que el moribundo pueda aceptar interiormente, poco a poco entrar en la muerte. Entonces la fase del rechazo, con su ira, su agresividad, sus celos, su acritud, ya no nos asusta. Por el contrario, aprendemos a aceptar estas maneras de expresar sus sentimientos como formas activas de adiós y de pesar. Sentimos que precisamente en estas reacciones brutales es donde se ocultan el desprendimiento y la exploración de la dura realidad de la muerte, que deben preceder a la tristeza más dulce de la fase de la agonía, caracterizada por la aceptación y la resignación.

EL DIOS QUE NOS ACOMPAÑA

La Biblia no nos presenta solamente a Dios como la causa primera y el creador de todas las cosas. Sin embargo, en la conciencia de muchos cristianos, este concepto de la fe es el que predomina. Es precisamente durante la enfermedad y ante la muerte cuando muchos hombres se vuelven hacia el Dios todopoderoso para pedirle que aparte el dolor y la enfermedad. Se dirigen a Dios como a la potencia capaz de cambiar su situación concreta, porque puede aún hacer cosas nuevas (cf. Ap. 21, 5). Les cuesta trabajo dirigirse a Dios como hacia aquél que les acompaña, que está cada día cerca de nosotros, hasta el fin de los tiempos (cf. Mt. 28, 20; Mt. 25, 40).

El Antiguo Testamento da testimonio del Dios de la alianza, que no abandona a su pueblo, que está secretamente presente y oye las quejas y la angustia del hombre. Lo muestra como el que comprende y tiene misericordia, que a menudo no cambia en nada la situación de los que sufren pero que, acompañándoles en su camino, les llama para que atraviesen sus propias fronteras y empiecen una nueva vida. Dios permite el sufrimiento, pero también oye las quejas y las acusaciones del hombre (cf. Job). No suprime el sufrimiento, el dolor y la muerte en el mundo, pero no abandona en su angustia a los que le imploran. Gracias a esta presencia, reciben una fuerza, arraigada en el fondo de ellos mismos, para ayudarles a soportar su suerte, de modo que sean capaces de traspasar sus últimos límites y aceptarlos en la paz. Ambos aspectos se encuentran en la historia de la salvación de Dios con su pueblo: la superación de las fronteras, la victoria, el recomenzar de nuevo (así con Abraham que descubre una nueva tierra; con David que triunfa de Goliath; con Job que recibe el don de una nueva vida), y la aceptación de las últimas fronteras (así con Moisés que muere antes de entrar en la tierra prometida).

La agonía, la muerte y la resurrección de Jesús constituyen el punto culminante de la promesa bíblica para nuestra propia agonía y nuestra propia muerte. Reconociendo, en lo que nos sucede, lo que se produjo en la resurrección de Jesús, encontraremos la esperanza más segura para nuestra agonía y nuestra muerte. Esta esperanza no suprime el miedo de los últimos instantes y de la muerte, así como tampoco nos ahorra atravesar las últimas fases de la vida. Pero nos alienta a aceptar la agonía en todas sus etapas, ya que es precisamente así como estamos seguros de entrar con Jesús en su propia resurrección (Cf. Rm 6, 4 y s.).

LA EXPERIENCIA DE LA PRESENCIA DE DIOS A NUESTRO LADO

La promesa de que Dios nos acompaña debe ser puesta en valor en nuestra conversación, particularmente cerca de los enfermos y de los moribundos. El enfermo debe además poder tocar, experimentar esta promesa en la manera en que le asistimos. La presencia del Señor puede hacerse evidente cuando estamos al lado del enfermo, le visitamos, no le dejamos en su soledad,

y le acompañamos en una actitud comprensiva (Cf. Mt 25, 36). Esforzándonos por hacernos presentes al enfermo y ser sensibles con su suerte, encontraremos las respuestas que nos permitirán comprenderle verdaderamente. Hasta cuando el enfermo parece no tener conocimiento, podemos aún hacerle pequeños gestos, como retener su mano, secarle la frente, ahuecarle la almohada o humedecerle los labios, testimoniarle una proximidad humana, de la cual tiene tan gran necesidad. Gracias a esta asistencia, el moribundo puede presentir, y hasta experimentar, la misteriosa presencia de Dios a su lado, y confiarse en la fe al misterio de la muerte.

LA ORACION PERSONAL CON EL MORIBUNDO

Todos los que asisten a un moribundo hacen con él la experiencia de la impotencia frente al misterio de la muerte. A muchos les cuesta trabajo soportar esta impotencia. La oración puede contribuir a superarla, en la medida en que el asistente acompañe al moribundo con la oración, incluso en su resentimiento, su rebelión, su desesperación. Los salmos nos ofrecen numerosos ejemplos de la manera en que un creyente expresa sus sentimientos y sus esperanzas, sus decepciones y sus angustias ante Dios. Es esencial que el asistente perciba lo que oprime al enfermo y lo formule en una oración ante Dios. Si no, el enfermo corre el riesgo de sentirse incomprendido y de no poder rezar, hasta el punto de que atraviese las últimas etapas de su vida sin el socorro de la fe.

El creyente que asegura una presencia amante cerca del moribundo rezará con él, lleno de atención y de sensibilidad. Según el estado del enfermo, se podrá recitar lentamente, en los momentos de tregua, las oraciones familiares (Padre nuestro, Dios te salve María, el Rosario), las oraciones tradicionales de acción de gracias (Te Deum, Magnificat) ciertas oraciones jaculatorias, la oración de la Iglesia para los moribundos, o también oraciones libremente formuladas. A menudo también una pequeña cruz que trazamos sobre su frente, o un crucifijo que le ponemos en la mano pueden comunicarle un poco de la serenidad que la fe le ha dado durante su vida.

Los que tienen la experiencia de la asistencia de los moribundos saben bien que éstos, después de haber atravesado varias etapas, son capaces de aceptar la muerte en paz y resignación. Cuando el asistente llega a comprender esta situación del interior, los papeles son a menudo invertidos, y el moribundo que confía en Dios en su situación irreversible se convierte en testimonio de la fe para aquél que le asiste y las demás personas presentes. Este testimonio vivido vale más que cualquier discurso.

Los sacramentos son una llamada para comprender en profundidad y superar todas las situaciones de la vida a partir de la fe; son igualmente un don de Dios y la seguridad de que él no abandona al hombre en esta situación. En este sentido, el sacramento de la penitencia, la unción de los enfermos y la Eucaristía representan una ayuda en las enfermedades graves.

DIOS NOS OFRECE LA RECONCILIACION

La vida humana es siempre una vida limitada, es decir que no alcanza jamás su plenitud. Esto es también verdad para nuestra capacidad de vivir a la altura de nuestro propio ideal y de los ideales de la sociedad. Y por ello, ninguna vida está libre de falta y de pecado. El Evangelio nos muestra que Dios lleva con nosotros la carga de nuestra vida y de nuestra historia humana. Por lo tanto nuestro pasado no se borra, y no se puede tampoco volver sobre lo que fue hecho, pero somos por lo menos aceptados en nuestra situación, tal como somos, pues Dios ofrece la reconciliación. Una experiencia tal puede animar al hombre que reconoce su falta para aceptarse a sí mismo con su vida concreta, su culpabilidad personal y así abrir nuevas posibilidades para el porvenir. Cuando falta este aspecto en la asistencia de un enfermo grave o de un moribundo, se descuida un servicio esencial, que es ante todo el móvil de la pastoral, y que en la mayor parte del tiempo, no puede efectuarse sin la colaboración de los demás servicios terapéuticos. Este es un caso en que médicos, enfermeras y miembros del personal cuidador son llamados a reconocer la misión del capellán y a integrarlo en su propia actividad.

Muchos hombres, al tomar conciencia de la salida fatal de su enfermedad, frente a la muerte, se dan cuenta de hasta qué punto su vida anterior ha sido discutible y limitada. Ello puede desembocar en el deseo de convertirse interiormente, de unirse al Dios viviente, para dar a su vida, por lo menos en este instante, un sentido y un contenido. Por otra parte, esto supone que el moribundo esté en estado de aceptar la proximidad de la muerte, lo cual, en la mayoría del tiempo, no es posible sino después de un proceso lento e intenso.

En las diferentes formas de penitencia —sobre todo en el sacramento de la penitencia y en la celebración penitencial— la Iglesia ofrece la posibilidad de expresar su conversión de una manera significativa y encarnada. La confesión representa a este respecto la forma más alta porque, gracias a la confesión personal y a la palabra de perdón, aquél que está dispuesto a convertirse hace la experiencia de que es así aceptado por Dios y puede irse de nuevo, lleno de esperanza en el porvenir.

A pesar de todas las dificultades con las cuales tropiezan hoy los hospitales a causa de la compleja organización y del exceso de trabajo, se comprometerá a los médicos y al personal de enfermería, por el bien del enfermo, a llamar voluntariamente y sin retraso a un

capellán, cada vez que el enfermo que se acerca a la muerte desee una conversación con el sacerdote o busque liberación y alivio en la confesión sacramental.

LA UNCION DE LOS ENFERMOS

El nuevo rito de la unción de los enfermos ha puesto en evidencia el sentido original de este signo de salvación. Todos aquellos que, en razón de su enfermedad o de su edad avanzada, toman vivamente conciencia de que su vida camina hacia el final y miran cara a cara su estado sin refugirase en la mentira y la ilusión, son llamados a aportar una respuesta a la situación difícil en que viven. La recepción de la unción de los enfermos, como signo de salud, es una respuesta de la fe a esta aspiración. Durante largos siglos, ha predominado un concepto restrictivo del sacramento de los enfermos; en este sentido sólo se administraba en caso de muerte. Hoy, todavía, después de haber sido restablecido el sentido primitivo de este sacramento de que la unción de los enfermos esté prevista en medio de la enfermedad (Cf. Jc 5, 14-15) a muchos cristianos les cuesta trabajo comprender el carácter de signo del sacramento de los enfermos. A menudo, éste todavía es interpretado equivocadamente como la prueba de que se está muy grave, de que la muerte se acerca y hasta que no hay esperanza. Estos prejuicios sólo pueden superarse demostrando al paciente, gracias a una asistencia llena de comprensión, que se es sensible a sus reacciones. Una tal actitud permite al enfermo reconocer su situación, sus angustias y también quizás su falta de fe, pues no está abandonado a sí mismo. Puede brotar la esperanza. La esperanza acompaña siempre a la unción de los enfermos: así, la unción de los enfermos hace que el creyente demuestre que acepta la realidad, aquí y en este momento. Cuanto más las palabras, las actitudes y los signos que acompañan a la administración del sacramento reflejen claramente la situación del enfermo, mejor le ayudarán a soportar su suerte en la esperanza y la confianza.

En la medida en que la unción de los enfermos se presenta como un signo que reanima y restituye fuerzas en medio de la crisis del sufrimiento, no cabe duda de que, en la medida de lo posible, ésta no debe ser rechazada hasta los últimos instantes de la vida. Alcanza todo su significado en el caso de los enfermos y de las personas ancianas debilitadas por la vejez que sienten que su vida toca a su fin y que buscan una respuesta en la fe, en lugar de zozobrar en la resignación y en el desespero. El sacramento de los enfermos muestra aún más claramente que no es un rito de la muerte cuando es administrado a personas que están a diferente proximidad de su última hora, pero que sin embargo quieren demostrar su solidaridad reconociéndose como seres limitados, frágiles y destinados a la muerte. Cuando el sacramento de los enfermos se administra a pacientes sin conocimiento o que han perdido el uso de sus facultades, es evidente que ya no se trata de hacerles recordar, sino de afirmar la proximidad de Dios por un signo, precisamente en una situación de fragilidad y de impotencia.

EL VIATICO

Para el creyente, el sacramento propio de la vuelta hacia el Padre no es, según la tradición de la Iglesia, la unción de los enfermos, sino el Viático. En la última hora, la santa Eucaristía es el alimento que da al creyente la fuerza para recorrer la última etapa de su vida. Jesús está allí presente en su pasión, haciéndose así solidario del paciente que, en la angustia de su sufrimiento y de la muerte que llega, tiene no sólo parte en el sufrimiento y la agonía de Jesús, sino también en su resurrección (Cf. Rm 6, 3-5; Jn 6, 54). Mientras que el sufrimiento del enfermo es únicamente considerado como un destino individual, no se podrá comprender nunca por qué tal sufrimiento se abate sobre un hombre dado. Por el contrario, en la participación en el sufrimiento del mundo entero, presente en el corazón de la pasión de Jesús, el creyente puede descubrir un sentido nuevo en su propio sufrimiento. En la medida en que el enfermo está dispuesto a aceptar su muerte en este sentido, esto significa, para su vida y para la Iglesia, comunidad de los creyentes, una participación en la pasión y la resurrección del Señor. Por otra parte, el capellán no se contentará con suponer que esta disponibilidad existe en el enfermo. El, que está sano, se arriesgaría, por una interpretación así, a exigir demasiado de un enfermo que busca comprensión y ayuda. La interpretación de la crisis más aguda que debe atravesar la vida humana exige mucho tacto y supone que entre el paciente y el capellán se establecen, o ya existen, relaciones impregnadas de confianza.

PRESENCIA DE LA IGLESIA CERCA DEL DIFUNTO

Los difuntos no pueden recibir ningún sacramento, y menos aún la unción de los enfermos. Pero como la medicina no está aún en condiciones de precisar de modo absolutamente decisivo el momento exacto del fallecimiento, la práctica observada hasta nuestros días por la Iglesia, guarda todo su sentido, a saber, que el sacerdote, en los casos dudosos, después de haber sopesado en conciencia todas las circunstancias, puede administrar al moribundo el sacramento de la unción de los enfermos. Pero, desde que ya no hay ninguna duda de la muerte, bien sea después de la aplicación de los medios de reanimación clínica, o después de la comprobación por el médico, ya no se puede admi-

nistrar el sacramento de los enfermos. Sin embargo, en todos los casos, el capellán debe ser llamado a la cabecera del enfermo que acaba de morir. En efecto, frente a la muerte y a su misterio impenetrable, los familiares del desaparecido, así como también todos aquellos a quienes la muerte espera como el fin de la vida, se hallan ante una pregunta formulada a su fe. Es en este mismo momento cuando los que se quedan tienen necesidad de una ayuda para despedirse del desaparecido y expresar su pena. De cara al enfrentamiento con la muerte, a veces tan brutal, todos tenemos necesidad de la ayuda de la Iglesia, una ayuda que ella puede aportar por el anuncio de la resurrección de Jesús.

La desaparición de un ser querido nos deja a menudo sumidos en la confusión. Así no estamos en estado de hacer o evitar lo que exigiría la verdad de la hora. En el seno de su propia familia, pero más aún en el hospital, muchas gentes no saben cómo comportarse frente a ellos mismos, al difunto, y sobre todo a los familiares del desaparecido. La situación es aún más penosa cuando un accidente mortal ha segado una vida, sea en un accidente de carretera o en una catástrofe.

Frecuentemente lo que predomina es el miedo ante el terrible suceso o bien la curiosidad indiscreta. Y aquéllos que son los más afectados, los más trastornados, son incapaces de cualquier reacción. Entonces se impone la ayuda, llena de sensibilidad, de un hombre que, aunque está conmovido por esta muerte, conserva su serenidad. Su presencia, la oración que eleva a Dios con los miembros de la familia, pueden convertirse en un signo decisivo, humano y religioso a la vez, en medio de un mundo que parece sin esperanza e inhumano.

Al sacerdote le corresponde aquí un papel a menudo difícil, pero esencial. El mismo —o la persona que le reemplace— tiene que ayudar a los parientes a expresar su pena, evitando sobre todo que éstos se encierren en el choque causado por el rechazo de la muerte. Es importante que puedan expresar hasta las reacciones más vivas de la sensibilidad, provocadas por la amargura de la hora y la brutalidad de la muerte. Aceptar estas reacciones, incluso favorecerlas, es aportar un valioso apoyo a los parientes y amigos trastornados por la desaparición de un ser querido.

La liturgia de la Iglesia recomienda, en esta situación, la oración de intercesión por él y los parientes. Según los casos, pueden ser escogidas y añadidas otras oraciones. La oración por los moribundos debe tener en cuenta las circunstancias en las cuales tiene lugar la separación; es decir, la situación de confusión y de impotencia de las personas presentes debe ser evocada y confiada a Dios. Sobre este punto exacto se basa nuestra esperanza en el Dios viviente que, hasta en la hora de la separación, no abandonó a Jesús, nuestra esperanza en la resurrección. Se recomienda ayudar a los miembros de la familia para que se despidan de su difunto de alguna manera corporal, por ejemplo, animándoles a trazar el signo de la cruz sobre su frente y acompañar este gesto con una oración: «A ti, Dios de los vivientes, remitimos entre tus manos (nuestro pariente, nuestro amigo). En el momento en que la muerte le separa de nosotros, ábrele tú mismo las puertas de la Vida».

Seleccionó: MIGUEL GARCÍA, O. H.
Secretario General, Roma

Tradujo: ALICIA FRANICEVICH
Voluntarios san Juan de Dios, Barcelona

LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL EN EL MUNDO SANITARIO

(Viene de la página 163)

particular atención y seguramente la del posible lector de estas líneas.

Bastará una breve referencia específica a los tres puntos esbozados. Por lo que respecta a la inserción social será muy útil que el niño enfermo pueda ver, por ejemplo, los programas infantiles de televisión que «visionan» los demás niños de su país y de su edad. La selectividad de las comunicaciones se impone de una manera especial en este caso, por obvias razones pedagógicas, éticas e incluso de horario hospitalario.

En el aspecto pastoral, siempre que sea posible, se impone proyectar actos religiosos especiales para ellos, sea una catequesis, una misa o cualquier otro. La adaptación al enfermo y a su condición y psicología es una exigencia general; lo es mucho más para el niño enfermo.

En la obra que hemos citado (concretamente en la pág. 91) se hace referencia a que las catequesis para niños subnormales han de ser «sistemáticas, cortas y dando preferencia a los métodos audiovisuales». El uso de circuitos cerrados de televisión ofrece diversas posibilidades y ya existen algunas experiencias, sobre todo en la presentación de los temas cristianos a través de este lenguaje a los niños en general.

JORGE PIQUER

SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BARCELONA

COMO CONTRIBUYE EL SERVICIO RELIGIOSO A LA ASISTENCIA INTEGRAL EN ENFERMERIA PEDIATRICA

«Evangelizar a los niños. También tienen derecho a crecer en la fe. A nosotros nos toca transmitir. Ellos tienen derecho a recibir: Fe, Esperanza, Amor.»

Estos y otros muchos slogans se repetían en la jornada mundial misionera de los niños —30 de enero de 1977—. El niño está estrenando la vida y es sensible a todo lo que le rodea: familia, colegio, compañeros... Su mundo es imaginario, fantástico, ideal, bonito, cargado de afecto, pero muy quebradizo. De ahí que las leyes y los mayores debamos respetar los derechos de una vida que fácilmente se puede manipular.

La O.N.U. reconoció y proclamó para el niño estos diez principios básicos:

1. *Los derechos de la Declaración serán reconocidos a todos los niños sin discriminación alguna.*
2. *El niño gozará de la protección especial para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal.*
3. *El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.*
4. *El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.*
5. *El niño impedido debe recibir el tratamiento, la educación y cuidados especiales que requiera su caso particular.*
6. *El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión.*
7. *El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales.*
8. *El niño, en todas circunstancias, ha de ser prioritario en todo lo que se refiere a protección y socorro.*
9. *El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.*
10. *El niño debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal.*

EL NIÑO, PERSONAJE IMPORTANTE EN LA BIBLIA

El niño goza de un trato especial en los pasajes bíblicos: «corona de los ancianos» (Prov. 17, 6), «brotes de olivo alrededor de la mesa» (Sal. 128, 3). Porque su vida está por hacerse y es frágil, necesita de más apoyo y protección: «no dañarás al huérfano» (Ex. 22, 21). «Cuando Israel era niño, yo le amé...» (Os. 11, 1). «Sus niños de pecho serán llevados a la cadera y acariciados sobre sus rodillas...» (Is. 66, 12).

Con Jesús niño, nacido en Belén, presentado en el templo y obediente a sus padres (Lc. 2, 12-51), la figura del niño queda resaltada, y toda la humanidad recordará y gozará en la Navidad no sólo el nacimiento del Enmanuel, sino nuestra propia niñez, porque todos en Navidad somos un poco más niños.

En la predicación de la Buena Nueva Jesús insistirá en que los niños están en disposición para recibir el Reino «de ellos es el Reino de los cielos» (My. 19, 14) y que había que volverse como niños (Mt. 18, 3), que había que renacer y acoger al Reino como lo hace el niño (Jn, 3, 5; Mc. 10, 15).

Esta constante referencia de la predicación de Jesús al niño es para hacernos caer en la cuenta de lo cercano que está el Reino de las cualidades que los niños poseen; sencillez, limpieza de corazón, humildad, apertura, disponibilidad.

ACCION EVANGELIZADORA CON EL NIÑO ENFERMO

La enfermedad somete a todo hombre a un interrogante difícil de despejar, a crisis y rupturas que le producen rebelión, angustia, separación, abandono. Esto es más notable en el niño; de ahí la necesidad de un cuidado especial e integral. También habrá que prestarle atención a su crecimiento en la fe —tiene derecho—. Si el niño está hospitalizado, va a encontrar en el hospital un ambiente propicio, una experiencia humana y religiosa excepcionales; las ideas, las costumbres, las personas, todo el hacer complejo del mundo sanitario van a ejercer gran influencia en el niño. Este se convierte en el centro de la asistencia hospitalaria, no sólo técnica, sino en sus múltiples facetas.

La tarea de evangelización en el hospital, desde la triple faceta —profética, litúrgica y caritativa— se proyecta en el niño con formas siempre nuevas. El mensaje ha de llegar al niño con esta triple dimensión usando los medios psicopedagógicos que las técnicas aconsejan.

Las visitas, tanto del capellán como del personal sanitario y familiares, son otros tantos momentos que el niño vive con intensidad. Un consejo, un gesto, dejarán siempre en el niño la huella que interiorizará y convertirá en vida.

La catequesis, los actos de piedad, todo ello debe ser breve y sencillo. La recepción de sacramentos es también otro tiempo propicio; y dígase lo mismo de la preparación inmediata a la operación, en la que el niño puede ser estimulado y ayudado para que adquiera sentido su curación.

El servicio religioso puede y debe contribuir a crear un ambiente propicio para el desarrollo integral del niño: unas veces será directamente, otras de forma indirecta, por el estímulo que el servicio religioso presta al personal sanitario, a las familias o a otros servicios del hospital.

Para una actuación concreta es conveniente disponer de un pequeño equipo integrado por personal diverso del hospital que, junto con el capellán, elaboren y lleven a cabo un programa sencillo y práctico que tenga en cuenta las necesidades y los objetivos que se deseen alcanzar en estas tres dimensiones:

PROFÉTICA. Visita periódica. Montajes audiovisuales. Información a su respectivo párroco y al centro escolar al que pertenece el niño. Biblioteca ambulante que ponga a disposición del niño y familiares, folletos, revistas infantiles, etc. Hojas volantes de sensibilización con ocasión de fiestas y acontecimientos religiosos.

LITÚRGICA. Programación de los actos de culto adaptados y participados por los niños.

CARITATIVA. Cuidar mucho el testimonio individual y colectivo.

Todo ello dependerá mucho de la edad de los niños, de su enfermedad y estancia —corta o larga en el hospital—, lo mismo que del interés y sentido apostólico del personal asistencial.

Termino estas breves ideas con un Decálogo que existe en una de las dependencias del Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona. Son pautas científicas, humanas, deontológicas y religiosas que nos comprometen a una asistencia integral al niño enfermo.

1. La curación integral del niño es nuestro primer y principal deber.
2. Declaramos someter y sometemos nuestra opinión y nuestro amor propio a la verdad científica.
3. La práctica de la Docencia a través del niño nunca será lesiva para el mismo ni ofenderá su dignidad.
4. En el campo de la Pediatría el médico y el personal de enfermería actúan como delegados de los padres y por ello en su quehacer asistencial debe guiarles el amor al niño.
5. Toda duda que surja en el tratamiento del niño será resuelta mediante consulta al nivel necesario.
6. Ante el niño enfermo no existen condicionamientos derivados de raza, religión, nacionalidad, nivel social o amistad.

7. El niño incurable también tiene derecho a vivir, a ser cuidado y amado.
8. Daremos al compañero o institución que prosiga el tratamiento del niño, cuanta información precise y podamos darle.
9. Promoveremos la Pediatría Social, la prevención de las enfermedades y accidentes de los niños mediante campañas populares y reuniones científicas.
10. Nos declaramos solidarios y partidarios de la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF.

PARAMETROS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

Nuestro servicio religioso se inspira en una necesidad de atención integral al enfermo y se coordina en la acción del hospital con unos criterios y objetivos propios.

Desde el principio de la programación pensamos en situar la acción Pastoral en el contexto del hospital; y ha sido nuestro deseo mantenernos siempre a la altura del mismo, es decir, que a un hospital moderno corresponda una Pastoral al mismo nivel, sin perder de vista las mismas líneas del desarrollo del hospital de hoy:

a) Que el hospital es cada vez más técnico y centro de la política sanitaria. Por ello el servicio religioso debe estar pendiente de todo el medio hospitalario en su totalidad.

b) Que el hospital está al servicio de la vida; de ahí la necesidad de iluminar el sentido que ésta tiene.

c) Que el hospital se ha convertido en un lugar de «paso» y esto comporta limitación en la relación pastoral.

d) Que el hospital toma cada vez más conciencia de servicio integral al hombre, desterrando toda concepción puramente somaticista.

A todo esto pudiéramos añadir la distinta manera de concebir y reaccionar que tiene nuestra sociedad frente al enfermo y el sentido frío e impersonal con que se presenta el personal sanitario en el medio hospitalario.

Si no tiene presente todas estas consideraciones la Pastoral, su acción resultará ineficaz. Es desde estas bases como hemos intentado realizar nuestra programación, teniendo muy claros los objetivos, conociendo lo más posible las personas y utilizando los medios que nos han parecido más aptos. Por ello, nos hemos movido sobre estas cuatro ideas: *planificar, coordinar, ejecutar, evaluar.*

La razón, pues, de nuestra presencia en el hospital hay que situarla en el derecho que tiene el enfermo a una asistencia integral; la finalidad del hospital que debe abarcar en la curación al hombre total y el deber del personal sanitario de reconocer y llevar a efecto este derecho del enfermo, respetando su nivel, su ritmo y sus rasgos peculiares.

La programación la hemos plasmado en un *dossier,* a fin de que nos sirva de luz y de guía en nuestro actuar y al mismo tiempo de conocimiento al personal del hospital de nuestra misión.

BASES A TENER EN CUENTA PARA LA PROGRAMACION

a) Nuestro servicio religioso se integra en un hospital materno infantil de 348 camas:

— Que se define con las siguientes características: «Es un hospital perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, de confesionalidad católica, de gestión privada, no lucrativo. Infantil: desde antes del nacimiento hasta los 18 años, con clínica maternal aneja. Presta una asistencia integral —preventiva, curativa y rehabilitadora— en las vertientes, orgánica, psíquica, espiritual y social y está orientado a atender las necesidades asistenciales de su zona de influencia. Por su dotación humana y material se considera de nivel regional. Está integrado en las normas asistenciales de la sanidad nacional, con total respeto a los derechos humanos. Son también misiones suyas la docencia científica y la divulgación sanitaria. Los recursos económicos, necesarios para su actuación, son proporcionados por la comunidad a la que presta sus servicios».

— Que se compone de numerosas especialidades médicas desarrolladas en régimen de: consultas externas, urgencias, hospitalización y rehabilitación.

— Cuya plantilla de personal se acerca a un millar, distribuido en personal facultativo (187), A.T.S. (198), auxiliares (300), administrativos (72), y servicios generales (166).

— Y cuenta, asimismo, con una Asociación de Voluntarios con 265 miembros.

b) Edades de pacientes ingresados (incluidos los de camas de observación en urgencias).

De 0 a 1 mes	706
De 1 a 12 meses	2.246
De 1 a 2 años	2.325
De 2 a 5 años	4.874
De 5 a 10 años	3.263
De 10 a 14 años	1.095
De 14 a 18 años	415
> 18 años	135

15.059 ingresos { 8.933 varones; 6.120 hembras

1.ª infancia . . .	35 %
2.ª infancia . . .	54 %
Edad puberal . . .	7,2 %
Adolescencia . . .	3,8 %

QUE PUEDE HACER UN SERVICIO RELIGIOSO EN EL HOSPITAL

"COMPAÑERO SOLIDARIO"

"HOMBRE DE LA ACOGIDA Y DEL DIALOGO"

"HOMBRE DE DIOS"

"CREADOR Y ANIMADOR DE LA COMUNIDAD"

"MINISTRO"

"SERVIDOR"

***VISITAR**

- o Preparar y Reflexionar
- o Escuchar - Saber callar
- o Sin prisas - no ser pesado
- o Llevar alegría
- o Animar
- o Acompañar
- o Consolar
- o Conocer a la persona y respetar su ritmo
- o Liberar los miedos
- o Animar la fe
- o Infundir esperanza
- o Estimular el amor
- o Salir de sí - abrirse a los otros
- o Ayudar a superar enfermedad
- o Ayudar a encontrar sentido a lo que se vive
- o Rezar con ellos

***CATEQUESIS EVANGELIZACION COMUNITARIA**

- o Ayuda para aprovechar su situación: conocerse más encontrarse con Dios abrirse a los demás
- o Información
- o Preparación para los Sacramentos

***LITURGIA - SACRAMENTOS**

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

***SERVICIO INTEGRAL**

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

Relación Personal

Servicio a toda la comunidad

INTERMEDIARIO

Evangelización a todos

Celebración Litúrgica

Iluminación y asesoría

Servicio integral

"INTEGRADO EN EL HOSPITAL"

"CREADOR Y ANIMADOR DE LA COMUNIDAD"

"ASESOR"

*** TRATO PERSONAL**

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

UNIR - CREAR

GRUPO → FAMILIA

COMUNIDAD CRISTIANA

- o Crear ambiente de familia
- o Integrar comunidad cristiana - creación del grupo cristiano en el Hospital
- o Mentalizar cristianamente cristianamente

*** ASESORAR Y FORMAR**

- o Reuniones de Deontología, Etica Profesional
- o Asistencia a Sesiones Clínicas
- o Búsqueda

*** COLABORAR EN LA HUMANIZACION DEL CENTRO**

- o Atención integral
- o Que haya un trato personal

ENFERMOS Y FAMILIA

PERSONAL DEL H.

CONTACTO COLABORACION

VISITAR

Acompañar, escuchar, animar, llevar alegría,
conocer a la persona, infundir esperanza,
ayudar a encontrar sentido a lo que se vive

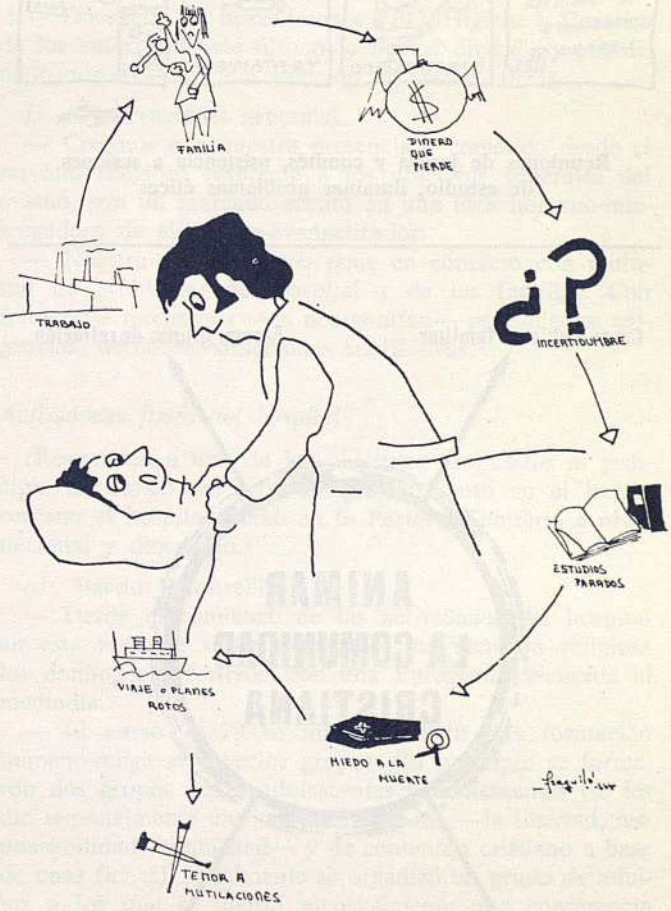
TRATO PERSONAL

Conocer, interesarse por todos, estar siempre disponible,
dialogar, crear inquietudes, compartir buenos y malos ratos

CATEQUESIS = SACRAMENTOS

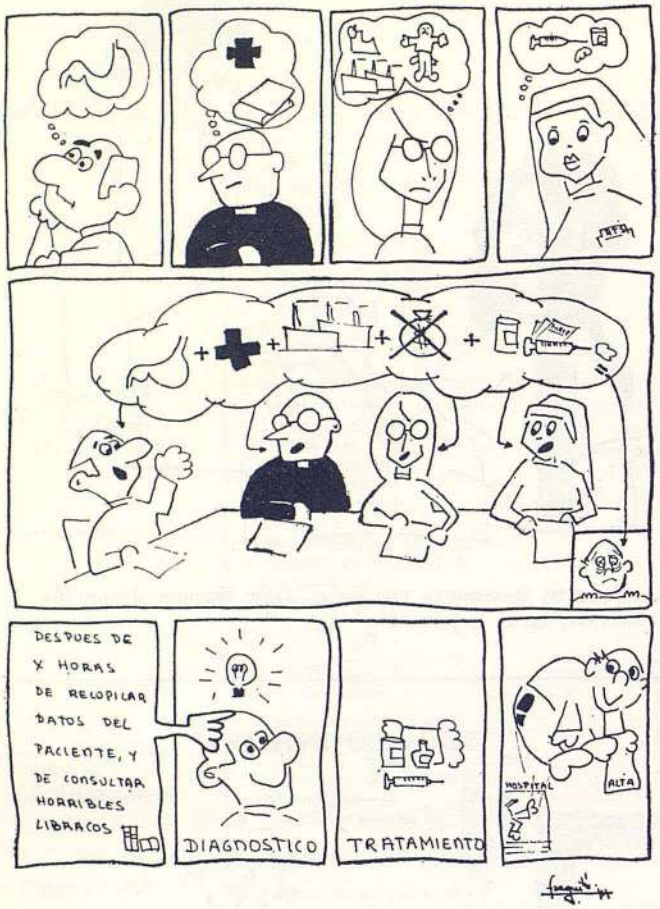
Ayudar a conocerse mejor, a encontrarse con Dios,
a abrirse a los demás, preparar para los sacramentos,
celebrar la fe a través de los sacramentos

SERVICIO INTEGRAL



Humanizar, defender derechos,
luchar por una asistencia integral

ASESORAR Y FORMAR



Reuniones de juntas y comités, asistencia a sesiones de estudio, iluminar problemas éticos

ESQUEMA DE ACTIVIDAD PASTORAL EN NUESTRO HOSPITAL

Objetivos

a) Contribuir a una asistencia integral a la que tienen derecho los enfermos.

b) Colaborar para hacer posible las condiciones mínimas que favorezcan el mensaje cristiano:

— Humanización y relaciones humanas en el hospital.

— Visión clara de los problemas del enfermo.

— Labor de equipo.

c) Llevar a efecto el cometido concreto de la Pastoral: *anunciar el Evangelio,* Evangelio que es para el creyente liberación, salvación, llamada al desarrollo esencialmente comunitario. Evangelio que es total, porque abarca a todo hombre; se apoya en la fe, no es una sociología ni una psicología, aunque necesita de las mismas.

Destinatarios

La acción del servicio religioso en el hospital va dirigida fundamentalmente a los siguientes grupos:

a) Comunidades religiosas —masculinas y femeninas— que existen en el hospital.

b) Hospital: personal de plantilla, enfermos y familia del enfermo.

c) Acción extra-hospital.

Actividades

Se ha realizado un plan que se desea ir concretando progresivamente en todos los niveles. Por tratarse de un hospital infantil con una unidad de maternidad, las posibilidades de realización y presencia son múltiples y variadas.

a) Con las comunidades: celebración, reuniones periódicas, formación permanente.

b) En el hospital

— Asistencia a Comités de Docencia y Deontología, Cof, Asociación de Voluntarios.

— Personal de plantilla: relaciones personales, reuniones periódicas con el personal, grupos de reflexión y profundización humana y cristiana, participación en cursillos impartidos al personal.

— Enfermos: visita periódica, catequesis y sacramentos.

— Familias: relaciones personales, reflexión con grupos diversos (UCI, neonatos, maternidad).

c) Actividad extra-hospitalaria: clases de ética en la Escuela de A.T.S., coordinación de la Pastoral en nuestra provincia religiosa, responsable regional de las diócesis de Cataluña, reuniones periódicas como miembro del equipo nacional, impartición de cursillos de actualización hospitalaria, atención al poblado de Fi-

nestrelles: eucaristía, pastoral de enfermos a domicilio y reunión de grupos.

IMPORTANTE

a) El servicio religioso del hospital está atendido por personas de opción católica; las personas de otras confesiones encontrarán en nuestro servicio la colaboración necesaria en la demanda de sus respectivos ministros.

b) Todas las personas que lo deseen pueden pedir nuestro servicio. Basta con una llamada a información para ser requeridos.

c) En la relación con los enfermos y familiares ha de prestarse mucha atención y mutua colaboración, especialmente con las plantas de hospitalización, a fin de que nuestro servicio no sea realizado como algo accesorio o como acto final. Por ello, es necesaria la comunicación suficiente, sobre todo en los casos donde se vea que nuestra presencia pueda aportar algo al enfermo o a los familiares de éstos.

EVALUACION DEL CURSO 1978/79 Y PROGRAMACION DEL 79/80

PRIMERA PARTE

Actividades llevadas a cabo en el Servicio-Curso 78/79

Pasado el verano y después de elaborar la evaluación del curso, pensamos en unas líneas a seguir en el servicio religioso. Dentro de la misma evaluación nos marcamos también los objetivos y los medios para el presente curso. En definitiva, se trata de profundizar en varios puntos del curso anterior e ir abriendo nuevos caminos.

Al inicio de curso nos encontramos también con nueva plantilla; había que sustituir al capellán anterior por otro nuevo; el actual, don Miquel Pesarrodona, con dedicación de jornada normal, pero también potenciar nuestro servicio con otra persona más y lo hicimos ya desde el principio en la persona de la religiosa Pilar Bará, con una dedicación base de cinco horas diarias. Así, somos de plantilla dos sacerdotes y una religiosa. Contamos también con siete catequistas durante el curso, cuatro para dentro del hospital y tres para el plan organizado en el barrio Finestrelles adjunto al hospital. Una vez integradas las personas, tratamos de poner en marcha los objetivos, paso a paso.

Actividades dentro del hospital

a) *Visitas a plantas de hospitalización.* Fundamentalmente son dos las personas dedicadas a la visita más sistematizada y con una dedicación intensa de tiempo. Desde el principio de curso repartimos —sectorizados— los campos de acción sobre este tema a fin de abarcar más campo y llegar a las necesidades.

— Objetivos que nos proponemos: conocer, escuchar, compartir, animar, seguir el proceso de la enfermedad.

— Forma de hacerlo: sin prisas, con dedicación de tiempo, seleccionando las necesidades, edades, más larga estancia, etc. A través de la visita al niño se entra en contacto con la familia y, según los casos, es ella la que requiere todo nuestro apoyo e interés.

b) Formación humana y religiosa: se da dos veces por semana en las plantas 2.ª y 10.ª. Intervienen cuatro catequistas con un plan sencillo y coordinado por personal de nuestro servicio.

c) Salidas y reuniones con mayores: una sesión de cine y comentario; preparación para la Navidad, salida con los catequistas y un grupo de niños, final de curso.

d) Personal del hospital.

— De especial interés es nuestra relación con el personal de enfermería; su colaboración en nuestro cometido también es diversa y nos sirve para adentrarnos más en los niños y familia. De esta comunicación y relación nacen con frecuencia atenciones personales (interrogantes, consultas).

— Otro tipo de relación con el personal lo realizamos de forma esporádica con algunos (cocina, servicios diversos) o más fuerte (admisión, información).

e) Actividades varias del servicio.

— Visitas en despachos: 43 (son peticiones hechas por el personal o familiares de los enfermos para apoyo y orientaciones diversas).

— Reuniones: 64 (han sido motivadas para estudio, organización y evaluación: Cof, Comité Docencia, Comunidad, Catequistas).

— Bautizos: 51.

— Despedida de cadáveres: 117.

— Docencia: 12 horas (cursos PPO, Higiene y Derecho de los enfermos. Este último lo hemos dirigido y coordinado nosotros con una atención de veinte horas).

f) Observaciones generales.

— Creemos que nuestra presencia y cometido desde el servicio religioso responde a los objetivos generales del mismo, con un marcado acento en una idea humano-interrogadora de signo pre-evangelizador.

— Nuestra presencia nos pone en contacto con multitud de problemas del hospital y de las familias. Con frecuencia recogemos —se nos confían— necesidades, exigencias, tensiones, situaciones conflictivas.

Actividades fuera del hospital

(Responden a uno de los objetivos propuestos al principio de curso: «nuestra integración tanto en el barrio cercano al hospital, como en la Pastoral Sanitaria a nivel nacional y diocesano.)

a) Barrio Finestrelles.

— Desde el comienzo de las actividades del hospital en esta zona se viene prestando una atención religiosa los domingos y festivos, con una Eucaristía celebrada al mediodía.

— El curso 78/79 se inició también una formación humano-religiosa a varios grupos. En principio se formaron dos grupos de preadolescentes y adolescentes (se les dio semanalmente una temática humana —la libertad, responsabilidad, la amistad— y de contenido cristiano a base de unas fichas). Igualmente se organizó un grupo de adultos a los que se dieron mensualmente una conferencia sobre problemas de nuestro mundo en cambio. La familia y temas sanitarios. Finalmente se organizó un grupo

de jóvenes, pero que fluctuó mucho hasta que a mitad de curso se disolvió.

— Para toda esta labor contábamos con dos religiosas de la comunidad y una maestra del barrio. Esta labor inicial nos ha servido para una mayor integración y conocimiento de la realidad.

b) Varios.

(Abarca una serie de actividades que por razones ministeriales y diversos compromisos hay que atender.)

— Reuniones: capellanes de hospitales de la diócesis de Barcelona (mensual); delegados de Pastoral Sanitaria de Cataluña (dos); Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria (tres); reuniones por razón de la Provincia o la Orden (cursos proyecto vida, revistas, conferencia Prov. Secretariado Provincial e Internacional, en total 12 días).

— Cursillos y conferencias impartidas: clases en escuela A.T.S. y Diplomados (ocho sem.); seis cursillos sobre humanización y pastoral en Granada, Pamplona, Barcelona, Sevilla y Santander; Pastoral de enfermos en parroquias de San Andrés y Bellvitge; Curso de renovación en Roma (un mes, siete conferencias sobre pastoral); organización y realización del curso sobre «acercamiento al moribundo» (cuatro días); organización y puesta en marcha del curso de Pastoral Sanitaria para la diócesis de Cataluña (un día al mes, siete horas); conferencias en nuestros cursos de renovación (cuatro en Italia, dos en Portugal, uno en Málaga y Barcelona y dos en Madrid).

— Personal de nuestro servicio —un sacerdote— está incardinado en un sector parroquial con actividad sacerdotal en un asilo de ancianos y colaboración pastoral de enfermos en dicho sector. También la religiosa adjunta al servicio asiste a las clases y prácticas de la especialidad médica en Obstetricia y Ginecología.

Segunda parte. Programación del curso 79/80

Actividades dentro del hospital

Objetivos

a) Continuar nuestra presencia en el área de hospitalización a través de la visita y el contacto humano.

b) Desarrollar la información y formación humano-religiosa en las plantas 2.ª y 10.ª.

c) Potenciar nuestra relación con el personal a nivel de grupo e integrarlo en actividades propias de nuestro servicio.

d) Proseguir nuestra integración en la docencia que se imparte en el hospital.

e) Iniciar dentro del hospital y en el barrio Finestrelles una experiencia a nivel de *laicos con misión pastoral,* formando e integrando a un grupo para desarrollar diversos ministerios con envío de Iglesia: catequistas, animadores de la liturgia, visitadores de enfermos.

f) Continuar nuestra relación pastoral a nivel nacional y diocesano, integrándonos especialmente en el sector parroquial que corresponde al hospital.

Personas integradas en el servicio religioso

a) La plantilla del servicio religioso está compuesta por tres personas.

b) El servicio cuenta, asimismo, con siete catequistas.

c) Para el presente curso 79/80 se pretende ampliar este grupo y crear un grupo denominado *Laicos con misión pastoral;* en total serían diecisiete, distribuidos en ocho catequistas, cinco visitadores de enfermos y cuatro animadores de la liturgia.

Actualmente estamos en las fases previas y, en concreto, deseamos recorrer los siguientes pasos: selección y formación del equipo: se darán unas charlas de sensibilización y especificación de funciones; envío eclesial: el compromiso que cada uno acepte será conferido en una celebración que presidirá el señor Obispo; formación continuada del equipo a través de reuniones, reflexión, evaluación y vivencia de la fe.

Programación de algunas actividades

a) Visita en las plantas de hospitalización.

— Gran parte de la actividad del servicio vendrá desarrollada en este tema.

— La visita en plantas incluye, asimismo, la relación con la familia y el personal de enfermería.

— El personal dedicado a estas visitas se compone de un sacerdote y una religiosa; sobre ellos recae la mayor responsabilidad. A partir de este curso se vinculan a esta actividad cuatro laicos. Están asignados dos a cada responsable y coordinados por él. La dedicación de estos laicos es de cuatro horas semanales cada uno, repartidas en dos días alternos.

b) Información y formación humano-religiosa.

— Se imparte desde nuestro servicio a los niños de larga estancia (plantas 2.ª y 10.ª). Esta programación nos permite, además, un mayor contacto con los niños.

— El servicio religioso dispone de cuatro catequistas, coordinados por la religiosa. Se dan dos horas semanales a cada grupo.

c) Actividades varias.

Vienen dadas por la demanda del personal, familiares de los enfermos, o por la integración en docencia o por ministerio pastoral.

d) Evaluaciones.

La actividad intra-hospitalaria será revisada semanalmente por el personal de plantilla del servicio, y periódicamente con los diversos grupos integrados en el mismo.

Actividades fuera del hospital

Barrio Finestrelles

a) Objetivos.

— Continuar la formación humano-religiosa de los tres grupos y la formación del grupo de adultos.

— Comenzar en el barrio una nueva relación a través de visita pastoral de enfermos a domicilio.

— Potenciar la animación litúrgica.

b) Personas vinculadas al barrio y actividades.

— El personal del servicio religioso impulsa y coordina las acciones globales.

— Las realizaciones concretas se establecen de la forma siguiente: 1) Grupos de formación humano-religiosa; son atendidos básicamente por cuatro personas (dos religiosas, una maestra y un religioso). 2) Visita pastoral de enfermos a domicilio: será realizada por una religiosa y un religioso. 3) Animadores de la liturgia: un grupo apoya y anima de forma coordinada las celebraciones.

— El grupo que imparte la formación y realiza la visita a domicilio estará coordinado más directamente por uno de los que lo integran. La función del coordinador será tomar contactos periódicos con los componentes del grupo para organizar y evaluar.

— Las personas integradas en estas acciones del barrio tendrán, asimismo, una reunión trimestral con los responsables del servicio religioso.

— Las actividades concretas se establecerán a principio de curso a través de una programación que incluya temática, desarrollo y evaluación.

c) Objetivos concretos de las actividades que deseemos prestar.

— Misa dominical y festivos.

Ofrecer a las familias del barrio la posibilidad de celebrar y compartir la fe conjuntamente con el personal del hospital.

Comprometer para una vivencia consciente y activa de la celebración.

— Animadores de la liturgia.

Potenciar y coordinar las celebraciones litúrgicas. Descubrir y formar un grupo de colaboradores de entre el pueblo.

— Formación humano-religiosa.

Tomar mayor contacto con un grupo de personas que, en parte, ya tienen alguna vinculación a otros niveles por cercanía con el hospital y por frecuentar nuestras Eucaristías.

Ofrecer a los diversos grupos una ocasión de mayor conocimiento, orientación y crecimiento a nivel humano y cristiano.

— Visita pastoral de enfermos a domicilio.

Acomodar y compartir con los enfermos y personas ancianas la dimensión de sus vidas.

Confortarles y llevarles el mensaje evangélico.

VARIOS

Se incluyen en este capítulo las actividades diversas que vienen dándose por las personas de nuestro servicio, tales como: clases en la Escuela de Diplomados en Enfermería; reuniones periódicas a nivel nacional y diocesano; cursos y conferencias de Pastoral Sanitaria.

SERVICIO RELIGIOSO. SINTESIS DE PROGRAMACION, Curso 79/80

Nuestro servicio religioso se integra en un hospital materno-infantil de 348 camas. Su confesionalidad es católica. Con el fin de llevar a efecto la colaboración con los demás profesionales del hospital y realizar nuestra específica misión, nos hemos propuesto tres grandes objetivos: contribuir a una asistencia integral, colaborar en la humanización y anuncio explícito del Evangelio. Para ello contamos con los medios siguientes:

— Organización del curso a través de unos objetivos concretos.

— Un equipo responsable compuesto por J. L. Redrado, M. Pesarrodona y P. Bará.

— Un equipo colaborador integrado por R. Martínez, I. García, Felicidad Yubero, Pilar Aznar, Gabriela Fraile, Francisco Claret, Rosa Grau, Margarita Mesa, José Esteve, Elvira Villelas, Chavela Cuesta, Ignacio Aguilar, Irene Valenzuela, José L. Jordán y Javier Martínez.

ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO

Dentro del hospital

— *Grupo de catequistas* (dos catequesis semanales en plantas 2.ª y 10.ª). Elvira Villellas, Gabriela Fraile, José L. Jordán y Javier Martínez.

— Grupo visitadores de enfermos: Miquel Pesarrodona, Pilar Bará, Rosa Grau, Margarita Mesa y Chavela Cuesta.

— Animadores de la liturgia dominical (misa de 12): Ignacio Aguilar, Pilar Bará y José Esteve.

Finestrelles (es un barrio vecino al hospital con una población de unos 1.200 habitantes

— Grupo de catequistas (catequesis semanal a tres grupos de 8 a 14 años): Rafael Martínez, Felicidad Yubero, Pilar Aznar e Isabel García.

— Visitadores de enfermos a domicilio: Irene Valenzuela y Francisco Claret.

Otras actividades del equipo responsable

— Atención de visitas en despacho.
— Reuniones.
— Sacramentos y otras celebraciones.
— Docencia.
— Coordinación de los respectivos temas.

NOTA: Los equipos tienen previstas sus reuniones según sus temas. Igualmente se tienen pensados tres encuentros al año de todos los participantes en la actividad pastoral. Dichos encuentros estarán orientados a una reflexión y celebración de la fe del mismo equipo.

CONCLUSIONES

El servicio religioso, tal como hemos señalado en los objetivos, intenta colaborar con los otros profesionales en la humanización y asistencia integral del niño hospitalizado.

Fiel a su realidad de evangelización, quiere ser, además, instrumento para la misma a través de las personas que integran el servicio y de los medios que se utilizan, teniendo gran respeto a la opción religiosa que la familia ha hecho.

Conscientes de que estamos en un hospital infantil y que muchas veces es difícil el diálogo con los mismos niños, el objetivo de nuestra presencia en la enfermería debe ser también de apoyo a la familia.

La labor propiamente pastoral, aparte de los casos de solicitud de sacramentos y catequesis, podemos catalogarla de «preevangelización». Creemos vital el que en un hospital como éste los valores humanos cimienten y acompañen al Evangelio.

De especial interés es la relación con el personal de enfermería; su colaboración es de capital importancia y nos sirve para adentrarnos más en los niños y familias.

(Termina en la página siguiente)

Juan Pablo II y los enfermos

Podemos ver tus ojos llenos de amor

Entre las abundantes pancartas que flotaban sobre la muchedumbre, una llamaba especialmente la atención; la llevaba un grupo de sordomudos: «No podemos oír tu voz, pero podemos ver tus ojos llenos de amor». La organización italiana UNITALSI había llevado cien enfermos y minusválidos y los había situado muy cerca del estrado del Pontífice. Algunos de ellos iban acompañados por radio-aficionados que formaban una hermandad nacida del siguiente hecho: un enfermo de corazón quiso peregrinar a pie de Roma a Loreto para pedir la curación a la Virgen, pero había de ir solo; entonces una red de radio-aficionados le acompañó con sus radios y le atendió así durante el camino.

Cristo os asocia a su pasión

Una palabra afectuosa y una bendición particular a vosotros los enfermos y los que sufrís, a quienes Cristo asocia a su pasión más que a los demás. Aplico a vosotros la expresión del Evangelio de san Juan: «Todo el que dé fruto, el Padre lo podará para que dé más fruto» (Jn 15, 2).

Hermanos y hermanas: Aceptad generosamente de las manos del Señor cuanto El dispone en sus designios inescrutables, y daréis mucho fruto. La Iglesia se hará más rica con ello, y vosotros disfrutaréis de grandísima paz y de la certeza serena y profunda de que vuestro dolor es fecundo y precioso.

Haz que te ame

Queridísimos enfermos: A pesar de las molestias y fatigas, habéis querido participar en la audiencia para estar un poco con el Papa, manifestarle vuestra devoción y amor al Vicario de Cristo, oír su palabra y recibir su bendición.

Os saludo de modo especialísimo y os agradezco de corazón vuestra presencia, vuestras oraciones y los sufrimientos ofrecidos al Señor. En los momentos de mayor dolor y soledad repetid las palabras que solía decir santa Bernardita: «Oh Jesús, haz que te ame; ámame Tú y después ya puedes tenerme en la cruz cuanto te plazca. Virgen Santísima, quiero estar contigo al pie de la cruz».

Os conforte y acompañe mi bendición apostólica.

Estoy preocupado por vosotros

Al comenzar la alocución a los enfermos, Juan Pablo II dijo que estaba preocupado por verles tanto tiempo al sol que podría hacerles daño. Después les dijo:

En medio de esta querida asamblea no faltan enfermos y personas que sufren. Deseo recordarlos y saludarles con afecto particular, porque merecen siempre atención especial, porque necesitan consuelo, porque son presencia singular y preciosa de Dios en nuestro mundo. Mi oración jamás olvida a quienes entre toda la familia humana llevan cruces pesadas en el cuerpo o en el espíritu; que a todos ayude y serene la gracia de

---

(Viene de la página anterior)

La experiencia nos enseña, también, que es mucha la labor que en estos hospitales pueden realizar los creyentes comprometidos. Auguramos la potenciación del servicio religioso mediante estos creyentes, en franca colaboración y coordinación con los responsables del servicio religioso y la Asociación de Voluntarios.

BIBLIOGRAFIA

PORCILE SANTISO: *El niño en nuestro mundo.* Ed. Verbo Divino.

El despertar religioso de los niños. Ed. Claret.

JESÚS M. VÁZQUEZ: *Los niños y la televisión.* Servicio de Formación T.V.E.

MATHIEU: *La formación religiosa de los niños enfermos.*

Rev. SAL TERRAE, n.º 7, julio 1979 (Precaución: niños).

Rev. SOCIEDAD FAMILIA, n.º 42 (El juego y los niños).

— n.º 38 (Curar a un niño).

— n.º 45 (Los olvidados ¿qué hacemos con los niños?).

— n.º 53 (Así vemos los niños el mundo).

FARGUES: *El niño ante el misterio de la muerte.* Estela.

Rev. LABOR HOSPITALARIA, n.º 146 (Preparación del niño para la hospitalización e intervención quirúrgica. Amplia bibliografía.

— n.º 159 (El niño ante la muerte).

PETRILLO, SANGER: *Cuidado emocional del niño hospitalizado.* Prensa Méd. Méx.

EMMA PLANK: *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital.* Paidos.

JOSE LUIS REDRADO,
MIGUEL PESARRODONA y PILAR BARA

Juan Pablo II y los enfermos

Podemos ver tus ojos llenos de amor

Entre las abundantes pancartas que flotaban sobre la muchedumbre, una llamaba especialmente la atención; la llevaba un grupo de sordomudos: «No podemos oír tu voz, pero podemos ver tus ojos llenos de amor». La organización italiana UNITALSI había llevado cien enfermos y minusválidos y los había situado muy cerca del estrado del Pontífice. Algunos de ellos iban acompañados por radio-aficionados que formaban una hermandad nacida del siguiente hecho: un enfermo de corazón quiso peregrinar a pie de Roma a Loreto para pedir la curación a la Virgen, pero había de ir solo; entonces una red de radio-aficionados le acompañó con sus radios y le atendió así durante el camino.

Cristo os asocia a su pasión

Una palabra afectuosa y una bendición particular a vosotros los enfermos y los que sufrís, a quienes Cristo asocia a su pasión más que a los demás. Aplico a vosotros la expresión del Evangelio de san Juan: «Todo el que dé fruto, el Padre lo podará para que dé más fruto» (Jn 15, 2).

Hermanos y hermanas: Aceptad generosamente de las manos del Señor cuanto El dispone en sus designios inescrutables, y daréis mucho fruto. La Iglesia se hará más rica con ello, y vosotros disfrutaréis de grandísima paz y de la certeza serena y profunda de que vuestro dolor es fecundo y precioso.

Haz que te ame

Queridísimos enfermos: A pesar de las molestias y fatigas, habéis querido participar en la audiencia para estar un poco con el Papa, manifestarle vuestra devoción y amor al Vicario de Cristo, oír su palabra y recibir su bendición.

Os saludo de modo especialísimo y os agradezco de corazón vuestra presencia, vuestras oraciones y los sufrimientos ofrecidos al Señor. En los momentos de mayor dolor y soledad repetid las palabras que solía decir santa Bernardita: «Oh Jesús, haz que te ame; ámame Tú y después ya puedes tenerme en la cruz cuanto te plazca. Virgen Santísima, quiero estar contigo al pie de la cruz».

Os conforte y acompañe mi bendición apostólica.

Estoy preocupado por vosotros

Al comenzar la alocución a los enfermos, Juan Pablo II dijo que estaba preocupado por verles tanto tiempo al sol que podría hacerles daño. Después les dijo:

En medio de esta querida asamblea no faltan enfermos y personas que sufren. Deseo recordarlos y saludarles con afecto particular, porque merecen siempre atención especial, porque necesitan consuelo, porque son presencia singular y preciosa de Dios en nuestro mundo. Mi oración jamás olvida a quienes entre toda la familia humana llevan cruces pesadas en el cuerpo o en el espíritu; que a todos ayude y serene la gracia de

---

(Viene de la página anterior)

La experiencia nos enseña, también, que es mucha la labor que en estos hospitales pueden realizar los creyentes comprometidos. Auguramos la potenciación del servicio religioso mediante estos creyentes, en franca colaboración y coordinación con los responsables del servicio religioso y la Asociación de Voluntarios.

BIBLIOGRAFIA

PORCILE SANTISO: *El niño en nuestro mundo.* Ed. Verbo Divino.

El despertar religioso de los niños. Ed. Claret.

JESÚS M. VÁZQUEZ: *Los niños y la televisión.* Servicio de Formación T.V.E.

MATHIEU: *La formación religiosa de los niños enfermos.*

Rev. SAL TERRAE, n.º 7, julio 1979 (Precaución: niños).

Rev. SOCIEDAD FAMILIA, n.º 42 (El juego y los niños).

— n.º 38 (Curar a un niño).

— n.º 45 (Los olvidados ¿qué hacemos con los niños?).

— n.º 53 (Así vemos los niños el mundo).

FARGUES: *El niño ante el misterio de la muerte.* Estela.

Rev. LABOR HOSPITALARIA, n.º 146 (Preparación del niño para la hospitalización e intervención quirúrgica. Amplia bibliografía.

— n.º 159 (El niño ante la muerte).

PETRILLO, SANGER: *Cuidado emocional del niño hospitalizado.* Prensa Méd. Méx.

EMMA PLANK: *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital.* Paidos.

JOSE LUIS REDRADO,
MIGUEL PESARRODONA y PILAR BARA

nuestro Salvador Divino, y de ello quiere ser prenda mi bendición.

Parte viva de la comunidad

Y ahora mi pensamiento se dirige a los enfermos que, venciendo molestias y dificultades, han querido estar presentes en esta audiencia y unen su entusiasmo al de todos.

Deseo hacer notar este acto suyo de fe y valentía y, al exhortarles a sentirse siempre parte viva de la comunidad a que pertenecen, quiero decirles que valoro sinceramente la aportación que prestan a la Iglesia con el ofrecimiento de sus sufrimientos y el testimonio de su ejemplo. A ellos y a todas las personas que les atienden con entrega amorosa, mi consoladora bendición apostólica.

Ternura y misericordia de Jesús

Y ahora dirijo un saludo a los queridos enfermos presentes en esta audiencia. Celebramos la solemnidad del Cuerpo y Sangre del Señor, del Enmanuele, que significa Dios con nosotros, presente bajo las apariencias de pan y vino. Cristo, inmutable en sus sentimientos de ternura y misericordia, como en otro tiempo por los caminos de Palestina, dirige también hoy desde su presencia silenciosa y sin embargo elocuentísima de la Hostia consagrada, estas palabras consoladoras a las multitudes, y en especial a los enfermos y a los que sufren: «Venid a mí todos los que estáis fatigados y cargados, que yo os aliviaré» (Mt 11, 28). Haced vuestra esta invitación. Acogedla en vuestro corazón. Con mi bendición.

Esto es lo grato a Dios

Queridos enfermos: Os dedico un saludo particularmente afectuoso y os recuerdo las palabras de san Pablo a los primeros cristianos: «Si por haber hecho el bien padecéis y lo lleváis con paciencia, esto es lo grato a Dios. Pues para esto fuisteis llamados, ya que también Cristo padeció por vosotros y os dejó ejemplo para que sigáis sus pasos» (1 Pe 2, 21-22). Son palabras de actualidad siempre y siempre válidas para vosotros y para todos. Os sirvan de luz y consuelo. De corazón os bendigo.

Lleno de amor y de bondad

Dedico mi saludo acostumbrado a vosotros, enfermos queridísimos, que tomáis parte en la audiencia general de hoy.

Me resulta natural y gustoso exhortaros a dirigir vuestro ánimo, esperanzas y oraciones al Sagrado Corazón de Jesús, «que tanto ha amado a los hombres», y sigue amándolos con doble amor, divino y humano, sobre todo a los que padecen mayores tribulaciones, lágrimas y dolores.

En el Corazón de Cristo «lleno de bondad y amor» podréis encontrar fuerza y consuelo para vuestros sufrimientos, paz para el espíritu y mérito por cada una de vuestras penas.

¿Quién era Jesús?

Al dedicar un saludo particularmente afectuoso a los enfermos, quisiera invitarles a reflexionar sobre Jesús condenado a muerte.

¿Quién era Jesús? Era el inocente por naturaleza; era el Verbo de Dios Encarnado, el Mesías, el bienhechor supremo de la humanidad.

Y sin embargo, fue condenado a muerte, a una muerte terrible, porque de su sacrificio redentor debía brotar vuestra vida.

Tomad también vosotros vuestro sufrimiento no como condena, sino como acto de amor redentor. A través del «Apostolado del sufrimiento», también vosotros estáis en primera línea en la obra de la conversión y salvación de las almas.

Os sostenga mi bendición que extiendo a cuantos os atienden.

Hacéis presente la imagen de Cristo

Un saludo particularmente afectuoso deseo dirigir a los queridísimos hermanos y hermanas que llevan en el cuerpo o en el espíritu las señales de la enfermedad o el peso del dolor.

A vosotros que hacéis presente la imagen de Cristo paciente, llegue el amor, comprensión y solidaridad de la Iglesia, del Papa y de todos los presentes, con la certeza que nos da Jesús de que «los padecimientos del tiempo presente no son nada en comparación con la gloria que ha de manifestarse en nosotros» (Rom 8, 18).

A todos vosotros y a vuestros seres queridos, mi bendición apostólica y la promesa de un recuerdo constante en la oración.

El calvario del sufrimiento

También hasta vosotros, enfermos, que aun con dificultad y fatiga habéis querido participar en este encuentro, llegue mi saludo más cordial, acompañado del sentimiento de mi conmovido afecto y de la seguridad de que os recuerdo en mis oraciones.

El calvario del sufrimiento, que vosotros, enfermos, evidenciáis dramáticamente, adquiere significado y valor en el Calvario sobre el que Jesús murió crucificado. Vuestro sufrimiento tiene una gran misión para la unidad de las almas en torno a la cruz, única salvación de la humanidad.

Que os consuele la intercesión de san Benito y os acompañe mi bendición.

El Papa os acompaña

A vosotros, enfermos aquí presentes y a cuantos sufren en sus casas o en los hospitales dirijo mi saludo muy particular, pensando especialmente en los niños internados en centros sanitarios.

Estad bien seguros de que el Papa os acompaña y os acompañará siempre; que os sigue con paterna comprensión, con tierno afecto y no cesa de elevar oraciones para que obtengáis la gracia de la fortaleza que os haga superar las dificultades y pruebas a las que os somete la enfermedad. Recordaos siempre de que vuestro dolor, si lo asociáis a los sufrimientos de Cristo, no sólo no será baldío, sino que será fuente privilegiada de salvación para todos los hombres.

Que el Señor os colme con la abundancia de sus favores celestiales para ayuda y consuelo de vuestros corazones.

Un abrazo para vosotros

«Un abrazo para vosotros, queridos enfermos». Quiero recordaros hoy que «Dios eligió la flaqueza del mundo para confundir a los fuertes» (1 Cor 1, 28).

Frente a la realidad del dolor, la fe cristiana ofrece una presencia: la presencia de Uno que padeció y murió en la cruz y después venció, resucitando de entre los muertos.

Su victoria es también la nuestra y por El tenemos nosotros una esperanza de vida y de resurrección, que no defrauda. ¡Animo! Que el Señor os asista con su gracia y su consuelo. Y que os sostenga mi bendición.

Veneración a los que sufren

¡Queridísimos enfermos! Con especial cordialidad, como siempre, os dirijo mi saludo, que nace del afecto y veneración hacia los que sufren. Saber sufrir con amor, con resignación, con valentía, con confianza, con paciencia, es un gran arte que se aprende solamente con ayuda de la gracia divina, en la escuela de Cristo crucificado, que conoce y santifica nuestro dolor.

Obra mística

San Alfonso María de Ligorio escribió una obrita mística, muy conmovedora, que todavía hoy puede consolar y ayudar: «La Pasión de Nuestro Señor Jesucristo». Os exhorto a que la meditéis; os servirá ciertamente de consuelo y alivio en vuestras penas. Que mi bendición os acompañe.

Una atención especial para vosotros

A vosotros, enfermos presentes en esta audiencia, y a todos cuantos sufren aflicción y dolor en el cuerpo y en el espíritu, vaya mi paternal y afectuoso pensamiento.

El Papa, Padre común de todos, sabe que nadie puede extrañarse si él, queridos enfermos, os mira con predilección y tiene para vosotros una atención especial. Vosotros sois, en efecto, con vuestro sufrimiento, humildemente aceptado y sobrellevado con ejemplar generosidad, la demostración de la conformidad con la voluntad divina, no sólo en el deseo de más profunda purificación y para hacer más aceptable a Dios vuestro sacrificio, sino también porque para una cosa tan grande os inspiráis en la caridad hacia el prójimo. Esa unión con Dios es la que santa Teresa de Jesús ansiaba más todavía que la unión mística y la recomendaba continuamente porque es la más segura de todas. Animándoos a tan sublime coloquio con el Padre celestial os acompaño con la bendición apostólica.

A un grupo de sacerdotes enfermos

Juan Pablo II ha mandado una carta al cardenal Opilio Rossi, Presidente del Pontificio Consejo para los Laicos, y presidente de la XXVIII peregrinación de sacerdotes enfermos a Lourdes, organizada por la «Liga Sacerdotal Mariana». El Santo Padre se une a la oración y ofrecimiento de los sacerdotes participantes en la peregrinación, por la intención que caracteriza el curso de ejercicios que ellos han celebrado, o sea, la de implorar la divina asistencia sobre las familias cristianas para que se encuentren cada vez más generosamente dispuestas a acoger el don de la vida y a alimentar las vocaciones sacerdotales y religiosas.

Antes de implorar la bendición divina sobre todo los participantes en la peregrinación, el Papa hace votos para que los sacerdotes enfermos demuestren cada día más su amor a Dios y al prójimo aceptando sus sufrimientos y aparente inacción convencidos de que a través de ellos son mucho más apóstoles y salvadores.

Los enfermos, expresión de Cristo Crucificado

Hijos queridísimos:

Permitidme que sin circunloquios o perífrasis introductorios, sino con absoluta espontaneidad, os manifieste los diversos sentimientos de mi espíritu en este encuentro, que se realiza en un ambiente tan sugestivo de silencio, de paz y de oración, durante una tarde límpida y serena de mayo, a los pies de la gruta de la Virgen, o mejor, cerca del corazón de la Madre Inmaculada, que nos mira y nos sonríe desde la gruta construida en estos jardines vaticanos, en recuerdo devoto y perenne del lugar, en los Pirineos, donde Ella se apareció en el siglo pasado como visión del cielo, mensajera de esperanza y de amor para la humanidad sufriente y pecadora.

Mi primer pensamiento es de sincera complacencia y viva gratitud para todos los que han promovido y organizado este encuentro, que se podría definir «encuentro de familia», porque estamos reunidos todos en torno a la Virgen para un diálogo sencillo, espontáneo y afectuoso, como sucede entre los hijos y la mamá, que lo ve todo, incluso los secretos más recónditos; que lo comprende todo, incluso los silencios más largos; que lo reanima todo, incluso las cosas más insignificantes.

Gracias a todos vosotros por haber venido a visitar al Papa; gracias también por los delicados sentimientos que cultiváis en el corazón para el Vicario de Cristo y que intentáis manifestar en esta ocasión especial; finalmente, gracias por vuestra presencia, que se puede considerar casi «presencia sacramental» de Cristo.

Sí, vosotros sois, en vuestro cuerpo herido y doliente, la expresión de Cristo crucificado, y como una prolongación de su pasión, de manera que cada uno de vosotros puede repetir con san Pablo: «Suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su Cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24); y además: «Padecemos con El (esto es, con Jesús) para ser con El glorificados» (Rom 8, 17). Por tanto, Cristo os elige, os une y os asemeja a Sí con el medio insustituible, inefable del sufrimiento, a través del cual imprime en vosotros su imagen doliente y continúa realizando la obra de la redención. ¿Cuál es, pues, el valor de vuestro sufrimiento? No habéis sufrido, o sufrís en vano: el dolor os madura en el espíritu, os purifica en el corazón, os da un sentido real del mundo y de la vida, os enriquece de bondad, de paciencia, de longanimidad, y —oyendo resonar en vuestro espíritu la promesa del Señor: «Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados» (Mt 5, 5)— os da la sensación de una paz profunda, de una alegría perfecta, de una esperanza gozosa. Por esto, sabed dar un valor cristiano a vuestro sufrimiento, sabed santificar vuestro dolor con confianza constante y generosa en El, que consuela y da fuerza. Sabed que no estáis solos, ni separados, ni abandonados en vuestro «vía crucis»; junto a vosotros, a cada uno de vosotros, está la Virgen Inmaculada, que os considera como sus hijos más amados: María, que «se ha convertido para nosotros en Madre en el orden de la gracia... desde el momento del asentimiento que prestó fielmente en la Anunciación y que mantuvo sin vacilar al pie de la cruz...» (*Lumen gentium*, 61-62), está cercana a vosotros porque ha sufrido mucho con Jesús por la salvación del mundo.

Mirar a María, la Virgen Dolorosa

¡Miradla con plena confianza y abandono filial; Ella os mira de manera especial, os sonríe con ternura materna, os acompaña con cuidado solícito!

Os asista y proteja siempre esta Madre dulcísima: nosotros le pedimos por vosotros, para que os esté cercana, os consuele, os dé paz y lleve a cumplimiento en vosotros, para el bien de la Iglesia, para la difusión del Evangelio, para la paz del mundo, ese designio de gracia y de amor, que os une más estrechamente y os configura con Cristo Jesús. Estoy seguro de que rezaréis por el Papa y ofreceréis también por él al Señor vuestros sufrimientos, ¿verdad? De este modo nuestro recíproco diálogo cordial continuará más allá de este brevísimo espacio de tiempo.

Finalmente, a todos vosotros, vuestros familiares, médicos y a cuantos os asisten y os cuidan continua y afectuosamente, imparto la bendición apostólica, como auspicio de abundantes favores celestiales y prenda de mi paterna benevolencia.

El Papa os lleva en el corazón

Y vosotros, queridísimos enfermos, tenéis un lugar privilegiado en el corazón del Papa, lo sabéis. ¿Cómo no hacer objeto de particulares atenciones a vosotros que desempeñáis en la Iglesia el papel singular del sufrimiento humildemente aceptado y, por ello, transformado en caridad hacia los hermanos?

A la vez que con el alma agradecida hago público este testimonio vuestro, os invito a seguir transformando vuestros dolores físicos y morales como en un cáliz de propiciación e intercesión a semejanza de Cristo crucificado. Os sirva de alivio mi bendición paterna que imparto a vosotros y a vuestras familias.

Jesús es nuestra luz

Quiero saludar también a los miembros del Comité internacional católico de ciegos.

Queridos amigos: Conozco vuestros afanes al servicio de los ciegos, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde todavía es más difícil la vida para ellos. Os aliento de todo corazón.

Claro está que la naturaleza se subleva instintivamente ante el sufrimiento y la enfermedad. Pero por otra parte ¿acaso no es necesario rechazar uno y otra en cierto modo para llegar a superarlos y vivir lo más plenamente posible, a pesar de ellos? Es éste precisamente el significado de la acción social de vuestro Comité.

Pero la fe en el Señor resucitado abre perspectivas más hondas. El *Exsultet* de Pascua nos dice que El es «la luz que no conoce ocaso», *qui nescit occasum*. Buscad esta luz del alma. Por ella, el sufrimiento unido al de Nuestro Señor y al de la Virgen María al pie de la cruz, abre el camino de la vida eterna para sí y para los demás.

Que vuestro Congreso dedicado a la tercera edad se enfoque en esta doble dirección. Ayudad a los ciegos a vivir con plenitud en el plano humano. Y ayudadles asimismo a caminar generosamente hacia esta luz espiritual «que no conoce ocaso» y que puede iluminar y caldear toda ancianidad hasta el último instante y a pesar de sus penas. Que la Virgen de la Luz, a la que se debe invocar cada día, sea quien os guíe en vuestro apostolado. Contad con mi oración por vosotros y por todos los ciegos que representáis; y recibid mi bendición.

Ayudar a los hermanos

La Iglesia es un aliado seguro de todos los que promueven el bien del hombre, irrevocablemente comprometida como está en tal causa por virtud de su naturaleza y mandato. En mi Encíclica hice hincapié sobre la relación entre la misión de la Iglesia y el hombre, cuando afirmé: «El hombre en la plena verdad de su existencia, de su ser personal y a la vez de su ser comunitario y social —en el ámbito de la propia familia, en el ámbito de la sociedad y de contextos tan diversos, en el ámbito de la propia nación o pueblo... en el ámbito de toda la humanidad—, este hombre es el primer camino que la Iglesia debe recorrer en el cumplimiento de su misión: *es el camino primero y fundamental de la Iglesia,* camino trazado por Cristo mismo...» (*Redemptor hominis,* 14). Por razón de esta solicitud de la Iglesia hacia el hombre en su realidad concreta, permitidme que añada una palabra de especial aliento por vuestro programa actual que centra el interés en estos tres términos: «Salud, hambre, humanidad». Ellos denotan que son vuestro medio específico de contribuir al progreso espiritual y material de la sociedad con la defensa de la dignidad humana, llevando a la práctica principios de conducta íntegra y dando ejemplo de amor fraterno. Que este programa así concebido llegue a ser aportación duradera al hombre, de parte del *Rotary International.*

Las tres palabras en sí abren ya campos extensos que dicen mucho del ingenio de vuestro espíritu de servicio. Cuando el mundo moderno está llegando a conseguir una medicina más y más cualificada, al mismo tiempo gran número de personas se encuentran privadas, por desgracia, de los cuidados médicos elementales. A pesar de tantos esfuerzos y logros magníficos, el campo de la medicina preventiva sigue siendo en gran parte un reto al que no se ha respondido. La dignidad del hombre requiere cuidado atento y de verdad competente en el sector de la salud mental, amplio campo donde nos encontramos de nuevo con la fragilidad y vulnerabilidad humanas.

Un corazón solo y un alma sola

El Santo Padre quiso dedicar algunas horas a los hijos a quienes tantas veces ha demostrado una predilección especial: los enfermos.

En el patio del Palacio se reunieron, hacia las nueve, los miembros de la comunidad «Un corazón sólo y un alma sola». Eran unos 50 minusválidos y un centenar de personas sanas que transcurren con ellos unos días en Castelgandolfo, dentro de un clima de serena convivencia familiar. La comunidad nació hace cinco años por iniciativa del padre capuchino Filippo Piccioni; de veinte personas que eran al principio se ha llegado ya a ciento cincuenta. En las diversas diócesis del Lazio celebra reuniones periódicas de pequeños grupos; luego, en verano, se busca, con ayuda de la providencia, una casa que les hospede. Este año ha sido la de los Hermanos de la Instrucción Cristiana. Se reunían dos veces al día para rezar, meditar, entonar cánticos.

El tema de la meditación ha sido el contenido de la Encíclica «Redemptor hominis». En un diario, cada uno iba condensando el fruto de su experiencia y de su maduración espiritual. Se han realizado también experiencias de animación teatral. La idea nació al comprobar que, a veces, en la relación con los enfermos, no se llegaba a crear una atmósfera familiar, a hacerles sentirse realmente: «un corazón sólo y un alma sola». Se comenzó con poco y, después, a la gota se fueron uniendo otras gotas y este vivir juntos se ha convertido ya, si no en un Movimiento, al menos en una concreta realidad de vida.

Cuando el Santo Padre llegó al patio fue acogido por los cánticos de la comunidad y con fuertes aplausos. Se acercó a los enfermos y les saludó uno a uno, escuchándolos, consolándolos y estrechando fuertemente sus manos. Después, tomando el micrófono dijo:

«Os doy gracias por vuestra visita, me encomiendo a vuestras oraciones y os prometo rezar todos los días por vosotros. Debemos estar unidos en la oración; este vínculo entre los que sufren y el Papa nos acerca a nuestro Redentor, a su Cruz, a su obra salvífica. Y así vuestro sufrimiento, que es verdaderamente una cruz, una cruz personal, participa de la cruz de Cristo, con la cual siempre está redimido el mundo. Así también vuestra vida, vida llena de sufrimientos, de dolor, adquiere un significado y puede ser también fuente de alegría y de felicidad. Cuando se lleva la cruz con fe, con espíritu de fe se puede alcanzar también la felicidad en el sufrimiento. Y esto es un verdadero milagro. Yo deseo a cada uno de vosotros este milagro interior, milagro de la gracia. Después quiero dirigir también unas palabras a todos los que os asisten y os ayudan, a los ancianos, naturalmente a los médicos y demás personas especializadas, pero también a todos los voluntarios. Veo entre estos voluntarios muchos jóvenes y les doy gracias por esa obra de caridad. Jesús nos dijo: *Lo que hicisteis a uno de estos pequeños, a Mí me lo hicisteis.* Aquí realmente su palabra se realiza cuando vosotros, los jóvenes y los demás, hacéis algo, hacéis mucho por estos vuestros hermanos que sufren. Quiero bendecir a todos, quiero una vez más encomendarme a vuestras oraciones. Quiero bendecir la obra pastoral que conducen los buenos padres capuchinos. *Ubi caritas et amor, ibi Deus est.* Donde hay caridad y amor, allí está Dios. Yo pienso que lo que constituye la propia sustancia de vuestra comunidad, un corazón sólo y un alma sola, corresponde a esas palabras. Que Dios os bendiga».

Sois los predilectos del Papa

Queridísimos enfermos aquí presentes y también los que os encontráis en los hospitales: Sabéis cuánto amor siento hacia vosotros y cómo os recuerdo continuamente en la oración y sobre todo en la celebración de la Santa Misa. Sois los predilectos del Papa. Vosotros haced que el lecho de dolor se transforme en altar donde os ofrezcáis a Dios en entrega total, para su mayor gloria y para redención del mundo. Y no os fal-

tará la recompensa divina, antes bien será grande en el cielo. Esto pido al Señor para vosotros, a la vez que os doy con toda efusión mi bendición particular.

El sufrimiento al servicio de la Iglesia y del mundo

Heme aquí en medio de vosotras, hermanas queridísimas, a quienes la enfermedad con sus pruebas durísimas reserva una más íntima unión con Cristo que sufre. Os saludo con afecto paterno, os agradezco la invitación que me habéis hecho y sobre todo lo mucho que sabéis sufrir y ofrecer por la salvación de tantas almas.

Tiempo de salvación

«Hoy se cumple esta escritura que acabáis de oír» (Lc 4, 21).

Con estas palabras divinas el Señor Jesús, en la sinagoga de Nazaret, da *cumplimiento* y *realización* a las Escrituras y a la salvación contenida en ellas.

También la exhortación de san Pablo a los habitantes de Tesalónica, que hemos escuchado en la primera lectura de esta sagrada liturgia, nos impulsa a considerar el tiempo de la *esperanza,* no como los paganos que no tienen este *consuelo* (Tes 4, 13), sino como el tiempo de Dios, el *hoy* de Dios, esto es, el «tiempo breve» (cf. 1 Cor 7, 29), que nos está reservado para realizar la salvación.

Esta salvación no consiste en una realidad abstracta, o en un sistema filosófico, sino en una Persona: es Jesús mismo, que ha sido enviado por el Padre para realizar la obra de la liberación de cuantos son «pobres», «oprimidos», «prisioneros», «enfermos», según el pasaje del profeta Isaías proclamado ahora en el Evangelio (cf. Lc 4, 18-19 e Is 61, 1-2), superando para ello pruebas y rechazos en su patria y fuera de ella, y afrontando la pasión y la muerte.

El abrazo del Papa

Después de dar la bendición final, se acercó a una chica impedida en una silla de ruedas que, a su vez, es presidenta del sector de minusválidas del Movimiento; el Papa habló con ella, la abrazó y le regaló una medalla. Esta muchacha leyó en nombre de todas una promesa de trabajar con ahínco según los fines del Movimiento. Depuestos los ornamentos, todavía el Santo Padre dialogó con las jóvenes muy cordialmente y sin prisas. Finalmente mons. Quélen agradeció al Papa el rato que les había dedicado y reiteró la promesa de las muchachas.

Estoy cercano a vosotros

Un saludo a los enfermos; sabed que siempre estoy cercano a vosotros con mi benevolencia y mi plegaria incesante. Lo mismo que Cristo en la cruz, no podéis moveros libremente, pero como El, extended vuestros brazos sobre vuestra ciudad, más aún, sobre el mundo entero, ofreciendo vuestro sufrimiento por todos.

Sacar fuerzas de la presencia de Cristo

Queridísimos enfermos: A vosotros que sufrís con tanta paciencia y resignación, dirijo mi saludo reverente y afectuoso en el Señor.

Todos debemos sacar fuerzas de la presencia de Cristo en la historia y en la vida de los hombres; pero especialmente vosotros que sufrís y a quienes faltan con frecuencia los consuelos terrenos.

Jesús, el Verbo Encarnado que quiso padecer y morir en cruz, llagado, desangrado, sediento, atormentado por clavos y espinas, está siempre cerca de nuestros dolores, recoge vuestras lágrimas, escucha vuestros gemidos y os asegura que no se pierde ningún sufrimiento que vaya unido a su amor y a su obra redentora.

La presencia continua de Cristo en vosotros y con vosotros os dé consuelo y serenidad, a la vez que os acompaña mi bendición.

Tened esperanza

Llegue a vosotros el saludo particularmente cordial y afectuoso del Papa, que os recuerda siempre, os tiene presentes en la oración y os agradece todo cuanto hacéis y ofrecéis al Señor por él y por su misión.

Debéis tener esperanza de curaros siempre, claro está, y aprovechar todos los medios de la medicina y la farmacia para devolver la salud al cuerpo y dar consuelo al espíritu. Pero cuando por desgracia la enfermedad sigue atormentando el cuerpo ¡miremos al Crucificado! Pues en efecto, Dios ha querido salvar a la humanidad por medio del dolor; comprometeos también vosotros a sufrir por la salvación del mundo.

Os ayude siempre y os dé el valor necesario María Santísima, Madre de Dolores, Reina de los Mártires. Y os acompañe mi bendición portadora de consuelo.

Todo sobre PLANIFICACION FAMILIAR

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

Obsequie a sus amistades con un ejemplar.

Pedidos: LABOR HOSPITALARIA

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

Noticiario

Hospitales

ESPLUGAS

DIVULGACION SANITARIA

Cada día en el servicio de urgencias del Hospital Infantil San Juan de Dios son atendidas muchas madres y otros familiares que llevan a su pequeño. De hecho, casi un 50 por ciento son urgencias subjetivas. La madre se ha asustado. Es de noche y el pequeño se ha puesto a 38 grados de temperatura. Da miedo pasar la noche sin que el médico le visite. Otro niño ha comido golosamente y ha vomitado. Otro se ha llevado a la boca la botella vacía de lejía, pero... ¿y si había en ella algunas gotas? Estos hechos y otros hacen correr al servicio de urgencias.

Atender a estas situaciones —que deberían resolverse de otra manera— contribuye al hecho de que la urgencia real a veces no sea atendida como es debido.

Estos hechos nos demuestran la necesidad de servicios de medicina primaria en los barrios y también nos demuestran que no se ha dado educación sanitaria a la población.

Como cualquier clase de educación, la educación sanitaria es más eficaz cuanto más individualizada se hace. Los profesionales de la salud; médicos y personal de enfermería entre otros, deben aprovechar el consultorio y la habitación del hospital para educar en los aspectos sanitarios que sean precisos. Pero como esto no es suficiente —ni en el caso en que se hiciera de la mejor manera— desde el hospital se pensó en realizar algo para poner más al alcance de la población la posibilidad de recibir información en cuestiones relacionadas con la salud.

La cantidad de educandos es grande —millones— y es grande también la cantidad de conocimientos prácticos que deberían impartirse. Aunque con limitaciones, era necesario empezar.

El Hospital San Juan de Dios empezó el año 1978 esta labor y fue la población de Esplugas —por el hecho de ser la más cercana al hospital, ya que éste está ubicado allí— la que primero se benefició con ello.

—¿Qué se ha hecho?

—Primeramente se tomó contacto con las asistentes sociales que trabajan en el municipio, con los miembros de la Coordinadora de Can Vidalet, con el jefe local de sanidad, con miembros de asociaciones de vecinos y de padres, con directores y profesores de las escuelas, con algún psicólogo y médico escolar. Estos contactos permitieron saber que también ellos consideraban necesario que se diera información a la población. Sugirieron temas y se pasó a detallar lugares y días apropiados para iniciar las conversaciones.

Y desde el mes de noviembre de 1978 hasta ahora, un equipo de médicos del hospital ha dado cuarenta y cinco sesiones a la población adulta de Esplugas.

Los temas han sido los siguientes: Conceptos básicos de alimentación - Vacunas - Uso y abuso de medicamentos - Higiene y salud del niño - Conceptos de genética - Primeros auxilios - Masaje cardíaco y respiración boca a boca - Accidentes infantiles en el hogar - Enfermedades infecciosas más frecuentes entre los niños - Tabaco, alcohol y salud - Caries y malposiciones dentarias. Estos temas se han repetido siempre que se ha solicitado y han sido dados en los locales de los grupos escolares, en la Asociación de Vecinos de Can Clota, y también «la Caixa» ha cedido el local de la calle Quintana.

También se ha llegado a los escolares. Los alumnos de octavo de todas las escuelas de Esplugas, tanto durante el curso pasado como en éste, han recibido la visita de diferentes médicos que les han hablado de higiene personal, de higiene dental, de pediculosis, de alimentación correcta, de medicina preventiva, de tabaco y de salud. Desde el principio hasta ahora se han dado noventa y cuatro sesiones de educación sanitaria en las escuelas. Este año se procura que todos los alumnos de octavo reciban un par de sesiones sobre primeros auxilios. Todo esto se hace para que los escolares se vayan responsabilizando de su propia salud y a fin de que estén en mejores condiciones para poder adoptar un estilo de vida sana.

Como colofón se ha organizado un cursillo de educación sanitaria para profesores de EGB. La influencia del maestro puede ser muy positiva en la formación y adqui-

sición de hábitos saludables de los niños. Se han inscrito cuarenta y nueve de Esplugas.

Esperamos que los padres y los profesores, que son los principales educadores de los niños, se conviertan también pronto en sus educadores sanitarios.

EQUIPO DE EDUCACIÓN SANITARIA
Avui

GINEBRA

LA DROGA, PROBLEMA MUNDIAL

En la sesión especial de la Comisión de la ONU sobre estupefacientes, celebrada en Ginebra, tomó parte en ella una Delegación de la Santa Sede presidida por mons. Silvio Luoni, observador permanente de la Santa Sede ante la Oficina de las Naciones Unidas e Institutos especializados con sede en Ginebra.

En su intervención en una de las reuniones, mons. Luoni comenzó refiriéndose a la difusión de la droga, difusión amplísima según los informes unánimes de las delegaciones presentes en la sesión; y a los intereses económicos en juego, así como al hecho de que la difusión va alcanzando a las escuelas y, al mismo tiempo, se va pasando de las drogas suaves a las más fuertes. Recordando luego los proyectos presentados para frenar el fenómeno, puso de manifiesto el equívoco que entraña la tendencia a levantar la prohibición del uso de drogas ligeras y mantener al mismo tiempo la prohibición de las más fuertes. El equívoco consiste en querer sacar de la clandestinidad el hecho de la droga (al igual que se quiere hacer con el aborto), como si el peligro no estuviera en las drogas mismas, sino en la clandestinidad; otra faceta del equívoco queda patente al constatar que el uso de drogas suaves es trampolín para pasar a las fuertes. Apeló asimismo a la urgencia de distinguir bien la culpabilidad y responsabilidad del simple consumidor de drogas, de las que recaen sobre quienes las preparan o se dedican al tráfico de las mismas.

En cuanto a las medidas preventivas, el Delegado de la Santa Sede hizo alusión a circunstancias difíciles que pueden llevar a los jóvenes al uso de estupefacientes; situaciones familiares especiales, viviendas deficientes, desempleo, etcétera, pueden tentar a refugiarse en la droga. Esto no quita responsabilidad al individuo, aunque también es verdad que sobre las autoridades civiles pesa la obligación de solucionar las dificultades de la vida de los ciudadanos y así prevenir indirectamente el uso de la droga.

La Delegación de la Santa Sede —concluyó mons. Luoni— quiere alentar todos los intentos de solucionar este problema que respeten la dignidad de la persona y su sentido de responsabilidad; y al mismo tiempo llama la atención sobre la urgencia de formar personal especializado para atender a los drogados y de crear centros de consulta para padres y jóvenes. Afirmó asimismo el interés de la Santa Sede por los grupos llamados «comunidades terapéuticas» en los que personas anteriormente adictas a la droga ponen su experiencia al servicio de quienes desean insertarse de nuevo en la sociedad después de haber sido víctimas del uso de estupefacientes; son centros cuyo clima de confianza ayuda a los drogadictos a volverse a encontrar a sí mismos y a recuperar la armonía de su desarrollo personal. Al mencionar los excelentes resultados de estas iniciativas, mons. Luoni expresó el deseo de que los poderes públicos colaboren más intensamente en estas obras e incluso creen otras semejantes por iniciativa propia. Terminó prometiendo pleno apoyo de la Santa Sede a los organismos internacionales empeñados en la lucha contra la droga.

ULM

EL TELEFONO EN LA LUCHA CONTRA EL CANCER

La Universidad de Ulm está organizando un servicio telefónico para orientar a los médicos generales de esta ciudad sobre la mejor forma de tratar en cada caso particular a los enfermos de cáncer, según informa el profesor Heimpel, de la Facultad de Medicina de Ulm.

Este servicio, financiado con 75.000 dólares (seis millones de pesetas) por la Organización Alemana de Lucha contra el Cáncer (DKH), tiene por objeto poner a disposición de todos los médicos y hospitales la información acumulada por los expertos en el tratamiento del cáncer.

Un médico y una especialista en literatura médica atenderán este teléfono y recibirán las consultas de hospitales o clínicas privadas.

Un conjunto de especialistas estudiará luego detalladamente el caso de cada paciente y tratamiento más aconsejable para cada enfermo.

El profesor Heimpel señala que en Hanover funciona un servicio semejante desde hace varios años, que presta una valiosa ayuda a quienes atienden a personas aquejadas de cáncer.

Los porcentajes de curaciones de cáncer son tres veces mayores en los centros especializados que entre los pacientes de médicos particulares en Alemania, según las estadísticas. Ello se debe al concurso de varios especialistas que pueden decidir en equipo la mejor forma de luchar contra la enfermedad.

LIEJA

LA HORMONA DE LA MEMORIA

Científicos de la Universidad de Lieja aislaron la hormona que regula la memoria y están obteniendo éxitos espectaculares en los ancianos y los amnésicos. Sin embargo no se consiguen los mismos éxitos en las personas sanas y jóvenes.

El descubrimiento se debe a los profesores de la Universidad de Lieja, J. J. Legros y Timsit Berthier. La hormona, llamada vasopresina, ya era conocida, pero no había sido aislada. De forma natural se origina en la parte superior de la hipófisis y se conoce también por hormona antidiurética.

En la Universidad holandesa de Utrecht ya se habían hecho experimentos similares a los de Lieja con éxitos relativos, admitieron los profesores belgas. Pero las investigaciones permitieron comprobar que con la hormona se obtenían éxitos importantes en las personas mayores de cincuenta años.

MADRID

EL BANCO ESPAÑOL DE OJOS

Una cifra cercana a los cincuenta mil donantes potenciales ha obtenido el Banco Español de Ojos desde su puesta en marcha el 7 de julio de 1975, según manifiesta don Eduardo Jiménez Pacheco, en el curso de una entrevista que publica el «Boletín informativo» de la Fundación General Mediterránea.

El señor Jiménez Pacheco añade que desde esa fecha también ha habido ciento ochenta enucleaciones y cien trasplantes de córnea, lo que está por encima de las previsiones iniciales. Además, señala que se ha incrementado el número de donaciones efectivas, efectuadas por los familiares de los fallecidos.

Por otra parte, manifiesta que la labor de este Banco Español de Ojos es totalmente gratuita, sin que se pague nada al donante ni tampoco tenga que pagar nada al paciente receptor.

SEVILLA

HOSPITAL: SILENCIO

El respeto al descanso de los enfermos es, sobre todo, una exigencia de humanidad y de buena educación, que el Código de la Circulación ha convertido en norma para los automovilistas. En la práctica es indiferente que primen la humanidad o buena educación o simplemente el respeto a la ley, por lo que, si se observa ese respeto, nada hay que oponer a que la motivación sea la primera, más digna y elevada, o la segunda. Mas lo grave es que muchas veces no opera ninguna de las dos, y los automovilistas atruenan las inmediaciones de los hospitales, perturbando gravemente el reposo y tranquilidad de los internados. La falta de civismo y de responsabilidad que ello representa y la impotencia o desgana de los agentes de la autoridad municipal para cortarla, constituyen un doble y doloroso síntoma del espíritu selvático, insolidario e incivil que preside muchos aspectos de nuestra vida cotidiana, hecha de menudos detalles y no de espectaculares gestos de heroísmo ni de maldad. El uso civilizado de la calle es primordial.

USA

LOS INFARTOS DE MIOCARDIO

La frecuencia de infartos de miocardio se ha quintuplicado en los últimos treinta años, según un artículo del doctor R. Hernández Gómez, que publica la revista «Minusval» y que recoge Europa Press.

El doctor Hernández añade que los infartos de miocardio ocupan el 10 por 100 de las consultas médicas, el 20 por 100 entre las hospitalizaciones y el 30 por 100 de las causas de muerte cardíaca.

Otros datos aportados por el doctor Hernández Gómez sobre distintos tipos de enfermedades son los siguientes:

— Actualmente hay en España 2.400 enfermos en tratamiento de diálisis. Dos mil enfermos renales fallecen anualmente.

— Puede decirse que un 20 ó 30 por 100 de los procesos metabólicos (una vez excluidos los ortopédicos y los reumáticos) conducen a situaciones de minusvalía.

— Las enfermedades reumatológicas «auténticas» (reumatismo cardioarticular, reumatismos focales, formas reumatoides, colagenosis) representan en Estados Unidos una pérdida anual de más de noventa millones de jornadas laborales. Afectación, 5 por 100 de la población.

— Usando una cifra promedio, el 4 ó 5 por 100 de la población presenta una deficiencia mental y el 75 por 100 corresponde a deficientes de grado leve.

DELHI

ENFERMERIA EN LA INDIA

Los cursos para la obtención de la licenciatura en enfermería se inauguraron en los primeros años sesenta. La homóloga nacional de la Dra. Farrell en el proyecto, la Dra. Aparna Bhaduri, y la Dra. Sulochana Krishnan, Directora de la Escuela de Enfermería Rajkumari Amrit Kaur, de la Universidad de Delhi, centro de ejecución del proyecto de investigaciones sobre enfermería, se doctoraron en la Universidad de Columbia, Estados Unidos de América, como becarias de la OMS. Cabe esperar que pronto pueda establecerse un curso a nivel de doctorado y que algunas de las «alumnas» de la Dra. Farrell y de la Dra. Bhaduri sean las primeras doctoras en enfermería formadas en la India.

BARCELONA

NO AMARGAR LA VIDA AL PRÓJIMO

«Soy parapléjico, es decir, tengo las dos piernas paralizadas a causa de un accidente de tráfico, y he de desplazarme en silla de ruedas. Hace unos días fui a cenar con unos amigos. Tras la cena pensamos ir a un espectáculo, pero al llegar a la puerta, el portero preguntó señalándome: «¿Dónde van ustedes con esto?» Esas fueron sus palabras, y añadió que el local estaba completo. Comprobando que no era así, y tras una pequeña discusión, cedió. Comprenderán ustedes mis sentimientos ante esta situación. Al dolor sucedió la resignación...»

Es muy triste comprobar hechos como el que acabamos de referir. Por estos mundos los hay que, de una manera patente, manifiestan su mala educación a todas luces mortificante y una incorrección rayana en lo grosero para con el prójimo más débil o menos dotado físicamente o intelectualmente. ¿Por qué seremos así?

¡Cuesta tan poco no amargar la vida de nadie! ¡Cuesta tan poco hacer felices a los demás en las cosas más sencillas y ordinarias de cada día! Es hermoso enterarse de que haya quien pierde unos minutos de su tiempo en hacer feliz a alguien sin cobrarse ni en gratitud. ¡Es tan humano y cristiano contemplar una acogida cordial, sincera, en la que rebose gentileza y generosidad! ¿Por qué en vez de ofrecer hiel, no ofreceremos miel?

MADRID

¿QUE ES LA ARTROSIS?

La artrosis es una enfermedad de curso crónico que tiene una gran repercusión social y económica, dado que ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de

absentismo laboral con miles de horas de trabajo perdidas al año.

Esta antigua enfermedad, pues ha podido comprobarse en los restos de especies animales primitivas y en civilizaciones como la egipcia, se caracteriza por una degeneración del cartílago articular y la hipertrofia del hueso correspondiente en su porción articular.

Aproximadamente el 80 por 100 de las personas al sobrepasar los cuarenta-cincuenta años presentan lesiones radiológicas, pero no siempre se acompañan de síntomas.

Como puede verse, está íntimamente vinculada al proceso natural de envejecimiento que sufre nuestro organismo a medida que pasan los años. Los jóvenes sólo la padecen en un 10 por 100. En cuanto al sexo, existe una ligera preferencia por el femenino, sobre todo a partir de la menopausia.

Entre los múltiples factores que inciden sobre la producción de artrosis destaca la obesidad, ya que ciertas articulaciones, como, por ejemplo la rodilla, al tener que soportar un peso excesivo llegan a verse afectadas. No se ha demostrado que el clima influya sobre la instauración de una artrosis, pero los síntomas son más evidentes e intensos en climas húmedos y fríos, mientras que mejoran en los cálidos. Existe una gran relación entre ocupación laboral y artrosis; así, por ejemplo, ciertos obreros que manejan perforadoras con aire comprimido suelen acusar microtraumatismos repetidos sobre las articulaciones que pueden conducir a una artrosis prematura. Otras causas son: predisposición hereditaria, enfermedades endocrinas (diabetes), traumatismos antiguos, etc.

Las localizaciones más frecuentes son: manos, rodillas, caderas, dedo pulgar del pie y región cervical.

El síntoma más importante es el *dolor,* que guarda relación con los movimientos y en las fases avanzadas de dicha enfermedad es casi continuo, pero también es característico que ceda con el reposo de la articulación. En la artrosis de cadera el dolor sobreviene generalmente por la noche. Junto con el dolor puede aparecer *rigidez,* que desaparece al efectuar los movimientos; *crujidos* producidos por el roce de las superficies irregulares de los cartílagos afectados y que no deben confundirse con los *chaspidos* ocasionales de todos los individuos normales, y, por último, las *deformaciones,* que se dan, sobre todo, en las manos y, en casos avanzados, en las rodillas.

Pese a lo dicho anteriormente, el pronóstico global es bueno, exceptuando quizás la artrosis de cadera (puede llegar a producir invalidez). Aunque las lesiones tienen carácter irreversible, su evolución es lenta y los tratamientos actuales ayudan a disminuir las molestias y a facilitar los movimientos.

En el tratamiento de la artrosis se utilizan principalmente los analgésicos (desde la tan usada aspirina a la fenilbutazona), fisioterapia, inyecciones intraarticulares de corticosteroides, radioterapia, etc., y, por supuesto, el reposo de la articulación como medida fundamental para superar una crisis dolorosa.

Lo ideal sería afrontar la enfermedad con optimismo, apartándose de cualquier resignación quejumbrosa, pues una postura depresiva por parte del paciente podría entorpecer la buena marcha del tratamiento médico.

José M.ª López
Ciudad Nueva

Pastoral

COORDINACION REGIONAL DE PASTORAL SANITARIA EN LAS DIOCESIS DE CATALUÑA

Al terminar el curso 1979-80 quisiéramos reflejar brevemente cuál ha sido la actividad pastoral desde nuestra Coordinacion Regional.

Dos temas fundamentales polarizaron nuestro interés como objetivo que estábamos empeñados en llevar a cabo:

— Curso de Planificación Familiar.

— Curso sobre el Enfermo y la Parroquia.

Ello no sólo ha polarizado nuestra atención, sino que ha sido ocasión para encuentros de reflexión y de búsqueda a otros niveles.

Las diócesis han seguido también —unas más que otras— sus respectivos trabajos; en algunas nos hemos hecho más presentes, intentando impulsar y animar.

Hemos celebrado, igualmente, durante el año dos encuentros con los delegados diocesanos que nos han servido para contrastar opiniones y organizar nuestro cometido.

Curso de Planificación Familiar

Fue organizado y coordinado desde la regional, tras la aprobación por parte de los delegados diocesanos. El curso lo celebramos el mes de enero (23 al 27), en Barcelona, con una asistencia de unos 120 cursillistas.

Tanto por el contenido y por la dinámica, como por el interés de los profesores y alumnos, el curso se siguió con una responsabilidad y aprovechamiento encomiables; participaron de las ocho diócesis de Cataluña. Dos cosas quedaron de manifiesto: el deseo de que se repitiese en otras ciudades; y así lo aseguramos que lo haríamos y lo hicimos, tanto en Tarragona (19 y 20 de abril) como en Lérida (7 y 8 de junio); dos jornadas intensivas con un centenar de participantes respectivamente. La otra idea era poder contar con el material expuesto por los profesores; idea que la hemos llevado a cabo, ya que el tema ha sido publicado en un número extra de la revista Labor Hospitalaria.

Con ocasión de los cursos son muchos los grupos que nos han solicitado para una reflexión sobre el tema. En este momento hemos de constatar una experiencia muy práctica realizada en la diócesis de Seo de Urgel, donde se ha impartido a un grupo de sanitarias, también a dos colegios de BUP y a un grupo de matrimonios.

Curso sobre el Enfermo y la Parroquia

Era otro de los temas que nos habíamos propuesto, y le dedicamos cuatro días íntegros con una asistencia de unos 130 participantes de las ocho diócesis. La idea que nos presidía era despertar la conciencia de una presencia más rica de la comunidad cristiana con respecto a los enfermos no hospitalizados.

El contenido del cursillo y su desarrollo ha sido una buena ocasión para poner de manifiesto la necesidad que tenemos de un mayor conocimiento de las realidades

absentismo laboral con miles de horas de trabajo perdidas al año.

Esta antigua enfermedad, pues ha podido comprobarse en los restos de especies animales primitivas y en civilizaciones como la egipcia, se caracteriza por una degeneración del cartílago articular y la hipertrofia del hueso correspondiente en su porción articular.

Aproximadamente el 80 por 100 de las personas al sobrepasar los cuarenta-cincuenta años presentan lesiones radiológicas, pero no siempre se acompañan de síntomas.

Como puede verse, está íntimamente vinculada al proceso natural de envejecimiento que sufre nuestro organismo a medida que pasan los años. Los jóvenes sólo la padecen en un 10 por 100. En cuanto al sexo, existe una ligera preferencia por el femenino, sobre todo a partir de la menopausia.

Entre los múltiples factores que inciden sobre la producción de artrosis destaca la obesidad, ya que ciertas articulaciones, como, por ejemplo la rodilla, al tener que soportar un peso excesivo llegan a verse afectadas. No se ha demostrado que el clima influya sobre la instauración de una artrosis, pero los síntomas son más evidentes e intensos en climas húmedos y fríos, mientras que mejoran en los cálidos. Existe una gran relación entre ocupación laboral y artrosis; así, por ejemplo, ciertos obreros que manejan perforadoras con aire comprimido suelen acusar microtraumatismos repetidos sobre las articulaciones que pueden conducir a una artrosis prematura. Otras causas son: predisposición hereditaria, enfermedades endocrinas (diabetes), traumatismos antiguos, etc.

Las localizaciones más frecuentes son: manos, rodillas, caderas, dedo pulgar del pie y región cervical.

El síntoma más importante es el *dolor,* que guarda relación con los movimientos y en las fases avanzadas de dicha enfermedad es casi continuo, pero también es característico que ceda con el reposo de la articulación. En la artrosis de cadera el dolor sobreviene generalmente por la noche. Junto con el dolor puede aparecer *rigidez,* que desaparece al efectuar los movimientos; *crujidos* producidos por el roce de las superficies irregulares de los cartílagos afectados y que no deben confundirse con los *chaspidos* ocasionales de todos los individuos normales, y, por último, las *deformaciones,* que se dan, sobre todo, en las manos y, en casos avanzados, en las rodillas.

Pese a lo dicho anteriormente, el pronóstico global es bueno, exceptuando quizás la artrosis de cadera (puede llegar a producir invalidez). Aunque las lesiones tienen carácter irreversible, su evolución es lenta y los tratamientos actuales ayudan a disminuir las molestias y a facilitar los movimientos.

En el tratamiento de la artrosis se utilizan principalmente los analgésicos (desde la tan usada aspirina a la fenilbutazona), fisioterapia, inyecciones intraarticulares de corticosteroides, radioterapia, etc., y, por supuesto, el reposo de la articulación como medida fundamental para superar una crisis dolorosa.

Lo ideal sería afrontar la enfermedad con optimismo, apartándose de cualquier resignación quejumbrosa, pues una postura depresiva por parte del paciente podría entorpecer la buena marcha del tratamiento médico.

José M.ª López
Ciudad Nueva

Pastoral

COORDINACION REGIONAL DE PASTORAL SANITARIA EN LAS DIOCESIS DE CATALUÑA

Al terminar el curso 1979-80 quisiéramos reflejar brevemente cuál ha sido la actividad pastoral desde nuestra Coordinacion Regional.

Dos temas fundamentales polarizaron nuestro interés como objetivo que estábamos empeñados en llevar a cabo:

— Curso de Planificación Familiar.

— Curso sobre el Enfermo y la Parroquia.

Ello no sólo ha polarizado nuestra atención, sino que ha sido ocasión para encuentros de reflexión y de búsqueda a otros niveles.

Las diócesis han seguido también —unas más que otras— sus respectivos trabajos; en algunas nos hemos hecho más presentes, intentando impulsar y animar.

Hemos celebrado, igualmente, durante el año dos encuentros con los delegados diocesanos que nos han servido para contrastar opiniones y organizar nuestro cometido.

Curso de Planificación Familiar

Fue organizado y coordinado desde la regional, tras la aprobación por parte de los delegados diocesanos. El curso lo celebramos el mes de enero (23 al 27), en Barcelona, con una asistencia de unos 120 cursillistas.

Tanto por el contenido y por la dinámica, como por el interés de los profesores y alumnos, el curso se siguió con una responsabilidad y aprovechamiento encomiables; participaron de las ocho diócesis de Cataluña. Dos cosas quedaron de manifiesto: el deseo de que se repitiese en otras ciudades; y así lo aseguramos que lo haríamos y lo hicimos, tanto en Tarragona (19 y 20 de abril) como en Lérida (7 y 8 de junio); dos jornadas intensivas con un centenar de participantes respectivamente. La otra idea era poder contar con el material expuesto por los profesores; idea que la hemos llevado a cabo, ya que el tema ha sido publicado en un número extra de la revista Labor Hospitalaria.

Con ocasión de los cursos son muchos los grupos que nos han solicitado para una reflexión sobre el tema. En este momento hemos de constatar una experiencia muy práctica realizada en la diócesis de Seo de Urgel, donde se ha impartido a un grupo de sanitarias, también a dos colegios de BUP y a un grupo de matrimonios.

Curso sobre el Enfermo y la Parroquia

Era otro de los temas que nos habíamos propuesto, y le dedicamos cuatro días íntegros con una asistencia de unos 130 participantes de las ocho diócesis. La idea que nos presidía era despertar la conciencia de una presencia más rica de la comunidad cristiana con respecto a los enfermos no hospitalizados.

El contenido del cursillo y su desarrollo ha sido una buena ocasión para poner de manifiesto la necesidad que tenemos de un mayor conocimiento de las realidades

sociales y psicológicas del enfermo domiciliado; igualmente la necesidad de hacer reflexionar a los sanos sobre el dolor, la enfermedad y la muerte, y la urgencia de una nueva presencia de la parroquia en este sector. El contenido dado y las experiencias relatadas nos han descubierto un nuevo horizonte.

LO QUE QUEDA POR HACER

Nivel de diócesis

En la última reunión de delegados diocesanos (11 de junio) se remarcó la necesidad de insistir a nivel de cada diócesis sobre los dos cursillos anteriores: cómo llevarlos a la práctica. Por ello, creemos oportuno que cada delegado formule unos objetivos en relación con estos dos temas y se vea qué posibilidades existen de llegar a otros grupos. Insistimos en que es necesario, ya que de lo contrario los cursos organizados por la regional no cumplirían su finalidad, cual es la de sensibilizar y potenciar a unos pequeños grupos de cada diócesis para que después sean ellos los que organicen y lleven adelante la reflexión a otros grupos y a distintos niveles.

Por ello:

— En cuanto a *Planificación Familiar* sería deseable que cada delegado estudiase las necesidades de su diócesis, de tal manera que pudiera hacerse un plan coordinado de sensibilización a estos niveles: sacerdotes, personal de acogida de futuros matrimonios, colegios de BUP y matrimonios, en distintas zonas.

Por supuesto que sería una etapa de sensibilización y reflexión y no necesitaríamos un equipo al nivel de los cursos impartidos hasta el momento. Desde la regional pudiéramos ofrecer algún tipo de colaboración y estamos dispuestos a prestarla.

— Con respecto al tema *el Enfermo y la Parroquia,* querríamos que se tomase un empeño especial. Creemos que son varios los niveles de acción para impulsar y coordinar por el delegado diocesano: a nivel de sacerdotes podría plantearse el tema en una reunión general y mejor por zonas; también conocer las parroquias que ya están trabajando sobre el tema, hacerse presente; igualmente tomar una o varias parroquias como experiencia, acentuando especialmente la constitución de un equipo, su formación, encuentros, acciones, etc.

Nivel de Coordinación Regional

Nos proponemos seguir presentes en las necesidades de las diócesis, potenciando aquéllas que lo precisen más. Al mismo tiempo, mientras en las diócesis se insiste en los temas ya dados, por parte de la regional ofreceremos para el próximo curso las siguientes actividades:

— Curso sobre *Los derechos de los enfermos* (será un curso intensivo de cuatro o cinco días).

— Tema sobre *Problemática y necesidades de los minusválidos* (coincidiendo con el Año Internacional, ofreceremos a las diócesis de Cataluña una reflexión de cuatro días, uno cada mes a partir de enero).

— Realizar un informe a la Conferencia Episcopal Tarraconense sobre el desarrollo y necesidades de la Pastoral Sanitaria en Cataluña.

— Estudiar la forma de preparar a las personas —seglares y religiosas— que se van a dedicar a la acción pastoral con los enfermos de la parroquia, de igual forma que existe una preparación para otros ministerios, catequistas por ejemplo.

— Realizar una síntesis del tema de Planificación Familiar y lo mismo sobre el enfermo y la parroquia y publicar en dos pequeños opúsculos. La idea es poderlos divulgar entre el mayor número posible de gente.

JOSÉ L. REDRADO
Responsable regional
de Pastoral Sanitaria de Cataluña

MADRID

LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA ANTE LA REFORMA SANITARIA

En la Mesa Redonda sobre «Los Hospitales de la Iglesia en el actual momento socio-político y ante la Reforma Sanitaria», participaron un total de 115 personas pertenecientes a estas Congregaciones: Hijas de la Caridad, HH. Caridad de Santa Ana, Dominicas de la Anunciata, HH. del Cottolengo, Carmelitas Misioneras, Hijas de San José, RR. de San José, Siervas de Jesús, Siervas de María, Franciscanas de la Purísima C., Franciscanas Misioneras de M., HH. Hospitalarias Sgdo. Corazón, RR. Camilos, HH. San Juan de Dios.

Tras un día intenso de trabajo, la Asamblea aprobó la conclusión, de entre las propuestas por los Grupos, de crear una comisión restringida, compuesta por religiosos y ayudada por expertos, como instrumento para aunar esfuerzos y estudiar la problemática de las Instituciones Hospitalario-Asistenciales de la Iglesia y las vías eficaces para su solución.

Por votación se encomendó al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria y a F.E.R.S. designar los componentes de la comisión, previa solicitud a todos los Provinciales de dar los nombres de personas que, disponiendo de una relativa libertad de movimiento, de un grado de preparación adecuado y de una capacidad de relación, estén en disposición de prestar un servicio a los demás.

Partiendo de las aportaciones de los grupos, hemos trazado un Proyecto de comisión: su cometido y funciones, campos de acción, atribuciones, objetivos *posibles* a corto, medio y largo plazo, componentes, medios. Se trata de un proyecto que ha de ser contrastado y mejorado y que la comisión deberá asumir y concretar al máximo.

El Secretariado Nacional y F.E.R.S., al aceptar la misión encomendada por la Asamblea, lo hacemos sólo y exclusivamente como un *servicio,* en modo alguno con el deseo de acaparar y centralizar el asunto. No somos ni nos sentimos los encargados de solucionar los problemas, múltiples problemas, que viven hoy las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia, las congregaciones religiosas propietarias y las personas religiosas y seglares que en ellas trabajan.

El asunto es grave y urgentemente hemos de poner los medios, a nuestro alcance, para encontrar la respuesta o respuestas e irlas llevando a la práctica con la colaboración y aportación de todos.

Nos preguntamos si no merece la pena liberar a algunas personas que trabajen intensivamente, sobre todo en estos primeros momentos, para llevar adelante un plan

de acción que, a la corta y a la larga, a las congregaciones y a las instituciones de la Iglesia, ha de beneficiar.

No queremos ni debemos caer en el riesgo de formar la comisión para salir del paso y que nazca *moribunda* o *muerta*. Si de verdad estamos convencidos de su necesidad —el parecer de la Asamblea fue claramente afirmativo— hemos de responsabilizarnos *todos* no sólo de su creación sino también y sobre todo de su *buen funcionamiento*.

Cometido y funciones de esta Comisión

Esta Comisión nace, por expreso deseo de los reunidos, como respuesta a una doble necesidad: 1.ª, afrontar de *inmediato*, los problemas más urgentes que se presenten en estos momentos, a la actividad hospitalario-asistencial de la Iglesia; 2.ª, ser el cauce *provisional* que aúne los esfuerzos que de otro modo tendría que hacer por su cuenta, cada comunidad, centro o institución hospitalaria.

Es, por tanto, cometido primero de esta Comisión, desde diferentes perspectivas y ayudada por expertos, estudiar los problemas que hoy y en un futuro próximo tienen planteados los centros hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Hacer de *portavoz*, ante la Conferencia Episcopal y ante la Administración Pública, de aquellos problemas y *reivindicaciones* que se crea deben ser atendidos por ellas.

Es, asimismo, cometido de esta Comisión: *a)* informar a las Congregaciones, tanto masculinas como femeninas, y a los institutos hospitalario-asistenciales de la Iglesia, de aquellas gestiones que realice; *b)* suministrarles el material que considere útil, tanto para la gestión de los centros, como para sus relaciones con los organismos públicos.

Servir de *nexo* entre las diferentes instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia y promover la unión y colaboración entre ellas.

Campos de acción

Para la tarea de esta Comisión, señalamos, como campos posibles de acción, los siguientes:

«Rol» de la Iglesia en la prestación institucional de cualquier servicio de salud, a la luz de la doctrina social de la Iglesia y del actual contexto socio-cultural.

Identidad: configuración actual del Hospital Católico; configuración del personal (religioso y seglar) que trabaja en las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Situación actual de los centros hospitalario-asistenciales de la Iglesia, dentro del sistema sanitario; ubicación; número de camas; clasificación de los centros; calidad de la asistencia; efectivos personales; situación económico-financiera; etc.

Relaciones de las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia con la Administración Pública.

La problemática ética en las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Competencia-atribuciones

Esta Comisión es, fundamentalmente, una *Comisión de Servicio* a los legítimos intereses y necesidades de las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Son atribuciones suyas las señaladas, de forma genérica, en el apartado n.º 1, *Cometido y Funciones.*

Objetivos «posibles» a corto, medio y largo plazo

Hacerse presente ante la Administración, para ofrecerle su colaboración y presentarle las inquietudes más importantes de las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Solicitar, de la Administración, una atención inmediata a los problemas económico-financieros de las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Solicitar de la Conferencia Episcopal (y de la Administración) que interprete y regule el contenido de los Acuerdos, Jurídicos y Económicos, Iglesia-Estado, en lo que afecta a las instituciones hospitalario-asistenciales de la Iglesia.

Configurar las *líneas generales de un Ideario* común para el hospital católico.

Estudiar la posibilidad de celebrar, a nivel nacional, un Congreso sobre los hospitales de la Iglesia.

Estudiar la conveniencia de crear la Asociación-Federación de Hospitales de la Iglesia.

Componentes

La Comisión estará formada por los siguientes miembros: 4, de congregaciones religiosas femeninas. 3, de congregaciones religiosas masculinas y 1, de hospitales de obispados, cabildos, etc.

Medios económicos

La Comisión, para ser eficaz en la prestación del servicio, contará con unos medios económicos, provenientes de las aportaciones de las congregaciones religiosas y de los obispados o cabildos que tengan hospitales propios.

RUDESINDO DELGADO
y Sor ENCARNACIÓN ORDEN, H. C.

MANRESA

MEMORIA DE LA COMISION DE PASTORAL SANITARIA, 1979

A finales de 1978 se reorganiza la Comisión de Pastoral Sanitaria que ya había actuado en una etapa anterior (años 1969-74). Está integrada por los capellanes de cada uno de los centros hospitalarios de la ciudad, por un religioso/a de los mismos centros, por representantes de las parroquias y de la Fraternidad Católica de Enfermos.

Desde un principio hemos visto la necesidad de interesarnos no sólo por los enfermos hospitalizados, sino también por todos los enfermos domiciliados.

Nos hemos reunido todos los meses excepto los de verano.

A lo largo del año hemos unificado criterios y objetivos para el servicio religioso de cada uno de los centros asistenciales. Hemos editado unos impresos comunes para todos los centros con el fin de comunicar a las parroquias los enfermos ingresados, así como para notificar el alta en el centro de aquellos enfermos que puedan necesitar todavía la asistencia religiosa de la parroquia.

De enero a junio cuatro miembros de la Comisión han asistido a un curso de Pastoral Sanitaria, organizado por los delegados de las diócesis catalanas y coordinado por el responsable regional.

En marzo se invitó al delegado regional, padre José Luis Redrado, para que nos hablara de las funciones, objetivos y proyectos a realizar por la Comisión.

En mayo se mandó una encuesta a todos los párrocos y encargados de barrios de la ciudad para conocer la situación de cada parroquia y sector parroquial con respecto a la Pastoral de Enfermos.

El 22 de septiembre se asiste al pleno del Consejo de Pastoral de Manresa donde se exponen los objetivos de la Comisión para el próximo curso. En adelante la hermana Angela Blázquez del Hospital San Andrés, asistirá a todos los plenos del Consejo en representación de la Comisión.

El 12 de noviembre se tuvo una reunión con los representantes de la Pastoral de Enfermos de las parroquias. Se señalaron los objetivos principales que se esperaban de cada representante parroquial: servir de enlace entre los enfermos y las comunidades parroquiales y entre éstas y la Comisión de Pastoral Sanitaria. Trabajar para formar en cada parroquia un equipo de Pastoral de Enfermos. Se acordó organizar una charla cada primer jueves de mes para orientar a las personas (de la Legión de María, de las Conferencias de San Vicente de Paúl, etcétera) que visitan a los enfermos.

El día 6 de diciembre tuvo lugar, en el salón de actos de la residencia de las Hermanas Reparadoras, la primera charla a las personas que visitan enfermos. Después del audiovisual: *El enfermo en el hospital,* se habló de: «La visita de fraternidad cristiana y amistad a los enfermos». Asistieron unas 50 personas.

El día 12 del mismo mes, y con motivo del Año Internacional del Niño, se organizó un acto en la sala de actos de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros con la proyección de un audiovisual sobre el hospital infantil y una conferencia sobre *Los derechos del niño enfermo* a cargo del Dr. D. Joaquín Plaza Montero, director médico del Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona. Asistieron unas 75 personas.

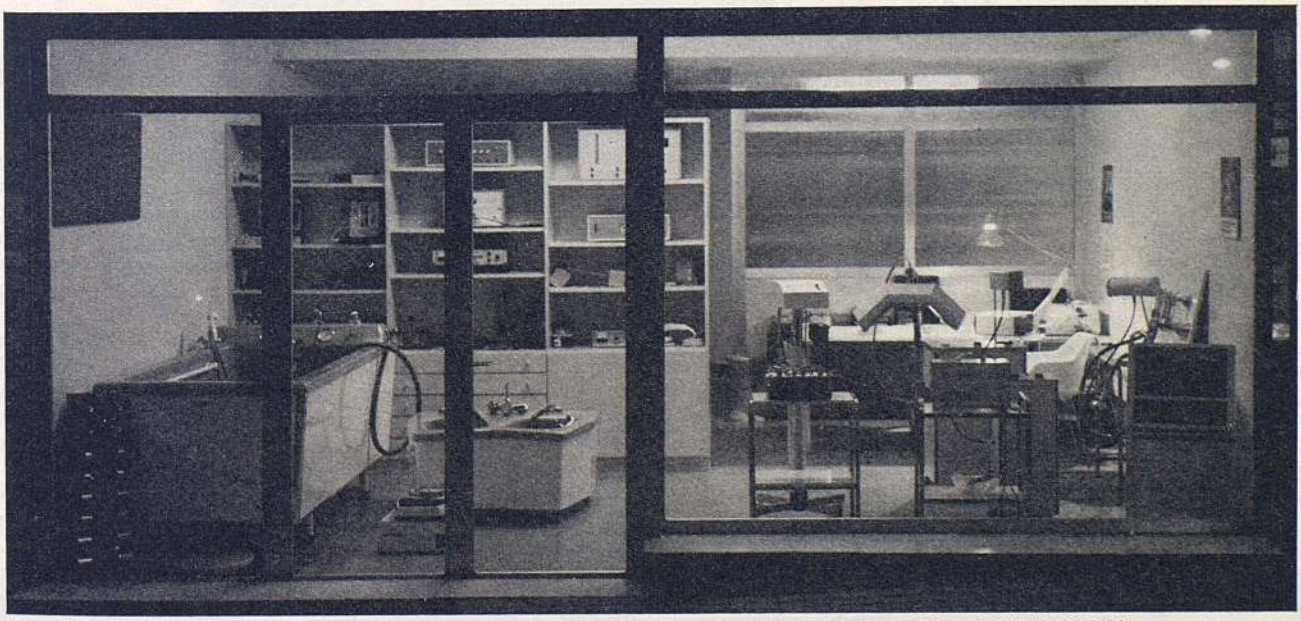
La revista *Foc Nou* en el n.º 67 de noviembre de 1979, ha publicado un informe de esta Comisión titulado: *Fer de Capellà a l'hospital.*

Finalmente, señalemos los objetivos de la Comisión para el curso 1979-80, en parte ya realizados: Conectar con los representantes de la Pastoral de Enfermos de las parroquias. Organizar cada trimestre una conferencia para todo el personal interesado en el mundo de los enfermos. Contribuir a una asistencia integral de los enfermos ingresados en los centros asistenciales de la ciudad. Formar un equipo de Pastoral en todos los centros asistenciales. Conectar con los centros docentes sanitarios de la ciudad: Delegación Colegio de médicos, Escuela de A.T.S., Escuelas de Auxiliares Sanitarios, etc.

JS

APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

Bibliografía

GERHARD VON RAD

PROFETAS VERDADEROS Y PROFETAS FALSOS

Sígueme, Salamanca 1976.

De poco tiempo acá, ha vuelto a aparecer el profetismo.

Aunque nos choque se oye la palabra profeta por doquier.

Observamos que este problema es viejo en milenios. Entonces también costaba discernir a los «verdaderos» de los «falsos» Profetas. Porque ninguno llevaba en la frente la señal inequívoca de lo uno ni de lo otro.

H. GARCÍA SIERRA

CIRIACO IZQUIERDO

CONVIVENCIAS JUVENILES

Difusora del libro, Madrid 1976.

La obra va dirigida a educadores en general, ya que parte del fruto de una experiencia de un gran Psicólogo y Pedagogo como es el P. C. Izquierdo. Según él las convivencias juveniles, son una exigencia pastoral llena de promesas y esperanzas en medio del mundo de los jóvenes.

H. GARCÍA SIERRA

DOCUMENTO COLECTIVO

DESDE CHILE

Ed. Sígueme, Salamanca 1974.

Desde el mismo escenario de los hechos, como indica el título, un grupo de cristianos chilenos critican extensa y profundamente las repercusiones sociales, económicas y religiosas que el cambio político ha suscitado en la nación andina.

Es interesante observar cómo reaccionan ante el mismo los diferentes estamentos sociales, entre los cuales destacan las diferencias de crítica del episcopado chileno. Ante quienes no dudan en *bendecir* la llegada del nuevo régimen como un triunfo sobre el marxismo, se opone la serenidad y ecuanimidad de otros que se niegan a sobrevalorar algo tan humano y mutable como es una determinada opción política.

MIGUEL MARTÍN

MIGUEL BALAGUÉ

EL TESTAMENTO DE JESUS

Difusora del libro, Madrid 1977.

El autor sigue la línea de la publicación anterior «Jesucristo vida y luz».

El P. Balagué va desgranando los últimos capítulos del Apóstol San Juan, sacándoles un frescor y savia nueva a cada una de las palabras de la *Cena* del Señor. Es más bien a Jesús a quien escuchamos a través de la lectura amena.

H. GARCÍA SIERRA

Redactor y Coordinador
JESÚS AJURIA

PALABRAS BÁSICAS DEL EVANGELIO

Ed. EPESA, Madrid 1972, 496 págs.

El aluvión propagandístico de todo tipo, tanto comercial, político como religioso, obliga a las personas a plantearse la postura ideológica que deben adoptar y a salir de su tranquila pasividad. Los cristianos de nuestros días, conscientes de esta situación histórica, han iniciado grupos de reflexión, catecumenados de adultos, Comunidades de base, etc., movimientos encaminados a la actualización de su formación cristiana y a la vivencia de su fe. Este libro será una ayuda eficaz para todos ellos pues exprime a los sinópticos y a san Juan entresacando 4.145 «palabras básicas» de estos evangelios. Palabras tales como *cielo, fuego, mundo,* etc., y que su comprensión es necesaria para encarnar la visión cristiana de la vida. Es recomendable también a sacerdotes, formadores y cristianos comprometidos.

M. C.

COY, J. JOSÉ

REQUIEM POR EL JESUITISMO

Ed. Sígueme, Salamanca 1974.

El libro «Requiem por el Jesuitismo», como el propio autor dice es un ensayo; unas reflexiones que en profunda sinceridad y valentía hace de su propia congregación, criticando unas formas desfasadas que requieren ponerse al día, a fin de llevar con toda su fuerza al hombre actual, el auténtico mensaje evangélico.

Creo que las premisas que mueven al autor para hacer tan crudo análisis de la Compañía de Jesús, son válidas para cualquier Instituto o Congregación religiosa, que sienta verdaderamente la responsabilidad que tiene ante el mundo, de ser signo del Reino Futuro.

FR. E. RODRÍGUEZ

JÜRGEN MOLTMAN

EL HOMBRE

Ed. Sígueme. Salamanca.

El autor presenta líneas de pensamiento sobre el hombre y la sociedad. Fuertemente vivencial, el núcleo de su análisis está constituido por lo que se ha denominado Teología de la Cruz, que podemos resumir en esta frase extraída del libro: «La Cruz es el punto de diferencia frente a las ideologías y las imágenes humanísticas del hombre. La antropología cristiana es una antropología del Crucificado: por relación a este *hijo del hombre* el hombre conoce su verdad y se hace hombre verdadero».

MIGUEL ÁNGEL

KAZOH KITAMORI

TEOLOGÍA DEL DOLOR DE DIOS

Ed. Sígueme. Salamanca.

Cuando tuve por primera vez este libro en mis manos hice un gesto de sorpresa; un título extraño, me dije. Y curioseé, leí, volví a leer y me convencí de que era verdad: no era escrito por occidentales, es un libro con aire oriental, escrito en el Japón.

Teología del dolor de Dios encaminada a conseguir el entendimiento del evangelio, que da sentido al dolor humano; dolor de Dios que ha conquistado la ira de Dios; dolor de Dios, asombro de Dios que nos sirvió por el dolor y nos invita a seguirle para vivir en el dolor de Dios que se enraiza en el amor.

Es posible que nosotros los occidentales no acabemos de entender todas sus expresiones, pero su lectura te lleva a la reflexión.

JOSÉ L. REDRADO

Matachana responde a todas las necesidades hospitalarias.

Autoclaves de esterilización a vapor y gas (oxido de etileno). Esterilizadores de aire caliente. Mobiliario clínico: Vitrinas estériles, carros de transporte, ventanas de guillotina, etc. Mesas de operaciones. Lavacuñas. Cuñas de acero inoxidable. Esterilizadores de cuñas. Túneles de lavado y secado. Mesas de autópsias. Cámaras frigoríficas para cadáveres. Transportadores motorizados y de gravedad...

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

ANTONIO MATACHANA, S.A.
División Hospitales
Vía Augusta, 11 - Tel. 218 46 05. BARCELONA-6
C/. San Bernardo, 110 - Tel. 445 20 75. MADRID-8

construcciones

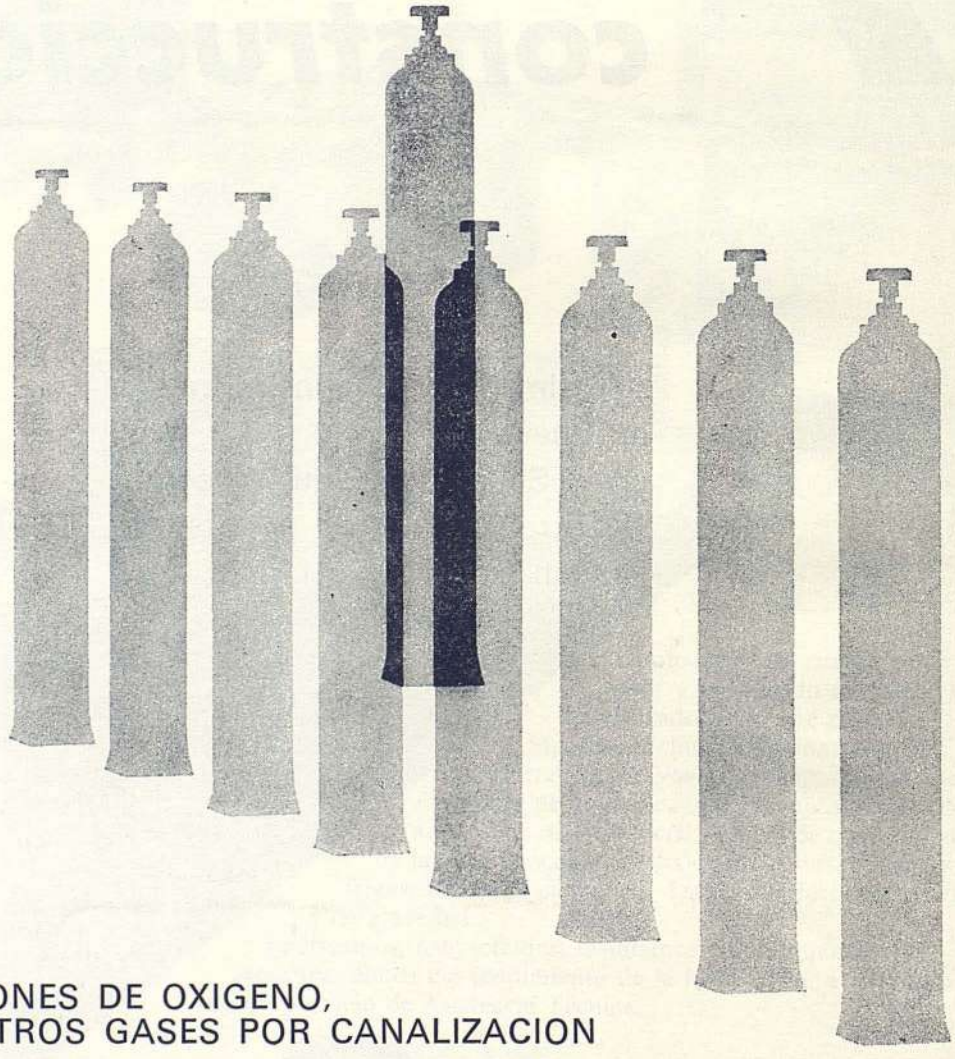
Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

OXIFAR, S. A.

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



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

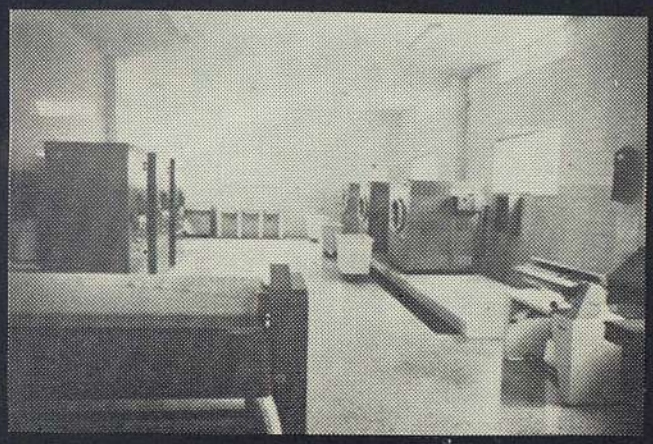
BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

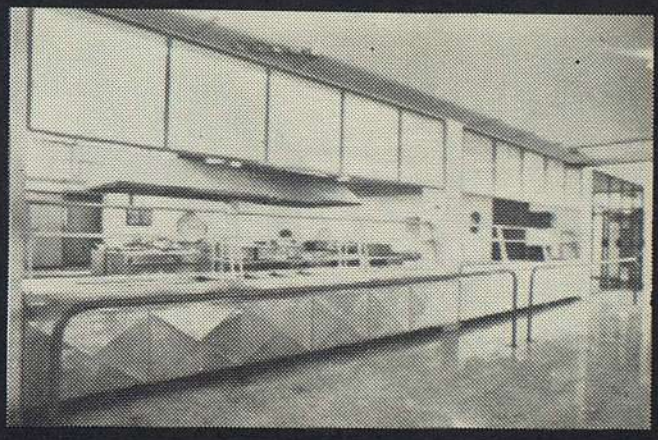
MADRID (4)
Amador de los Ríos, 1
Teléfono 419 28 00

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

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

Fagor Industrial
en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"..





Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

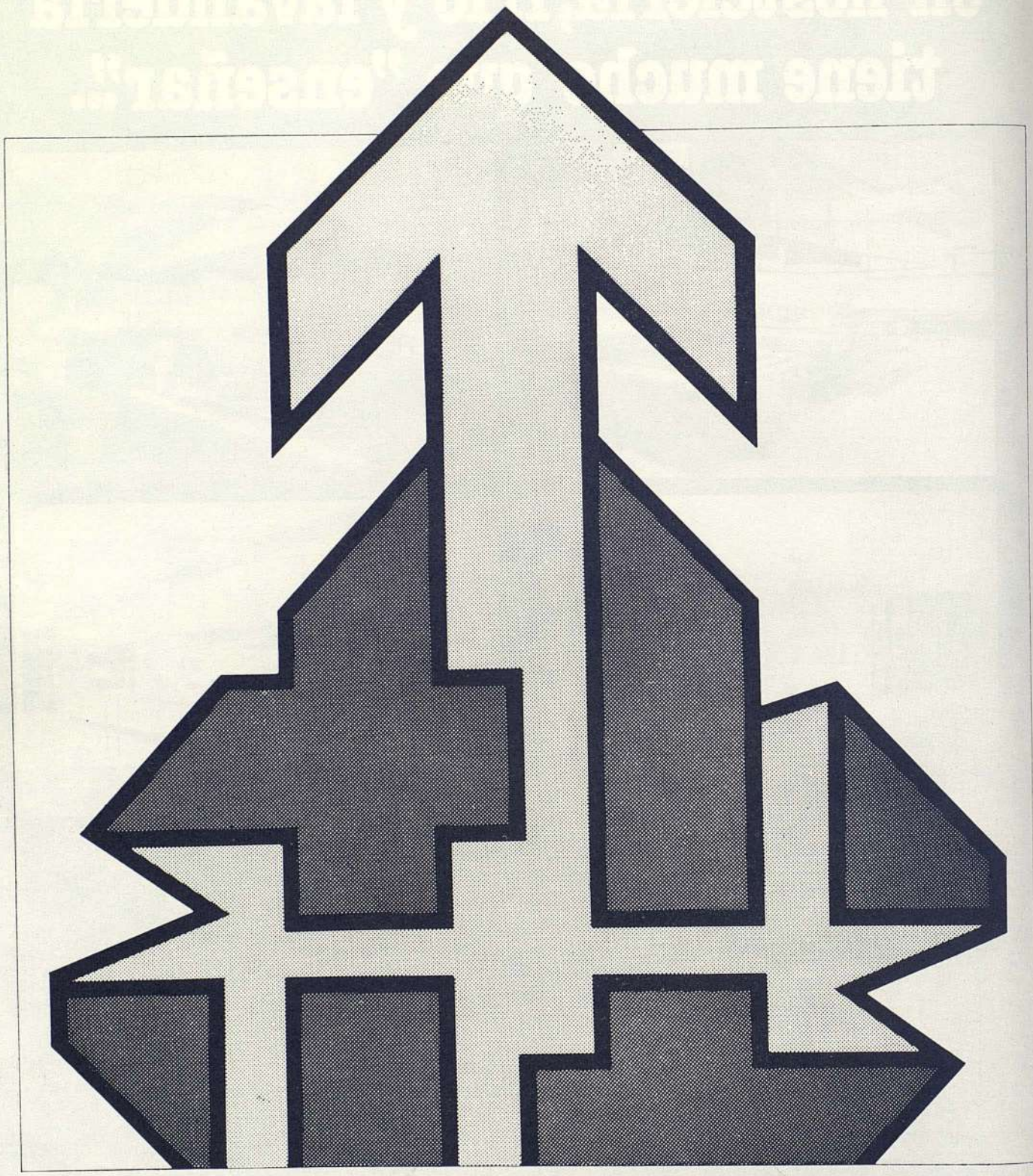
Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)

FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas, lavado de vajillas, frío y lavandería.

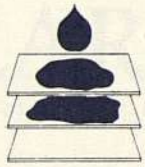
Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)
Teléfonos: (943) 78 01 51 – 09 00 – 09 90
Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

TRIANGULO

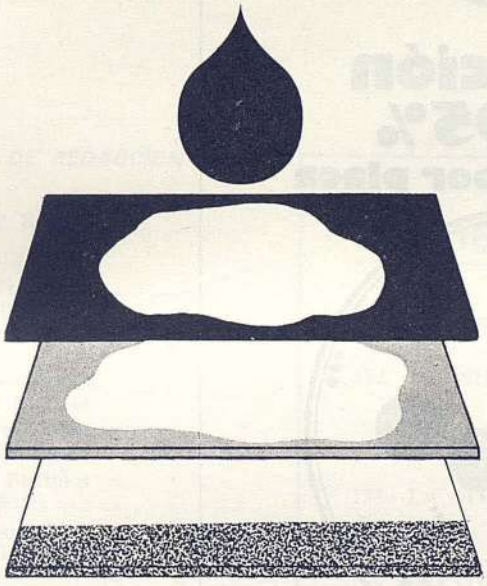


CAIXA D'ESTALVIS DE BARCELONA

klinidrape®



La solución efectiva de los paños quirúrgicos



Material compuesto por:

1. Superficie de tejido no tejido de **gran absorción** con ausencia de partículas libres.
2. Un film de polietileno **impermeable** a la humedad y a las bacterias.
3. Una lámina de celulosa suave que absorbe la transpiración y da **confort** al paciente.
4. **Adhesivo** para fijación de zonas (según necesidades).

- **ABSORBENTE.**
- **ESTERIL.**
- **RESISTENTE.**
- **CONFORTABLE.**
- **FACIL FIJACION.**
- **DESECHABLE.**
- **Y ADEMAS IMPERMEABLE A LAS BACTERIAS.**

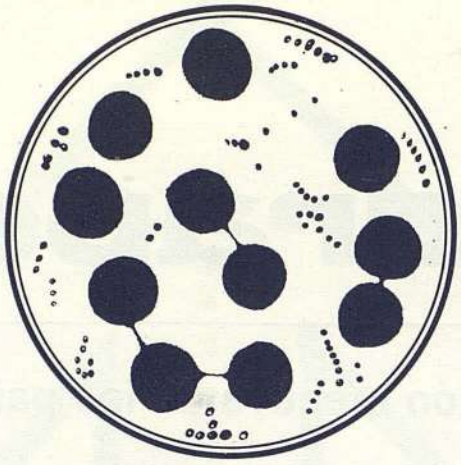
MEDHOSA SA
GRUPO MÖLNLYCKE

Carretera Madrid-Barcelona Km. 27,5
Apartado 66 - ALCALA DE HENARES (Madrid)
Tel. (91) 889 24 15 889 39 98

Roger de Flor, 5
BARCELONA-18 - Tel. (93) 309 92 79

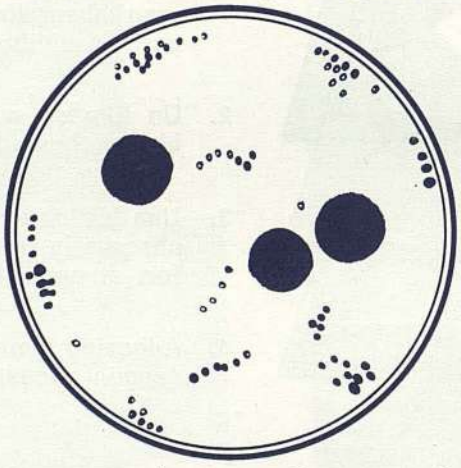
Nivel de

Contaminación bacteriana



Reducción 70 a 95%

de colonias por placa



Decontaminación

obtenida mediante nuestro

servicio diario de Limpieza hospitalaria

SAEL

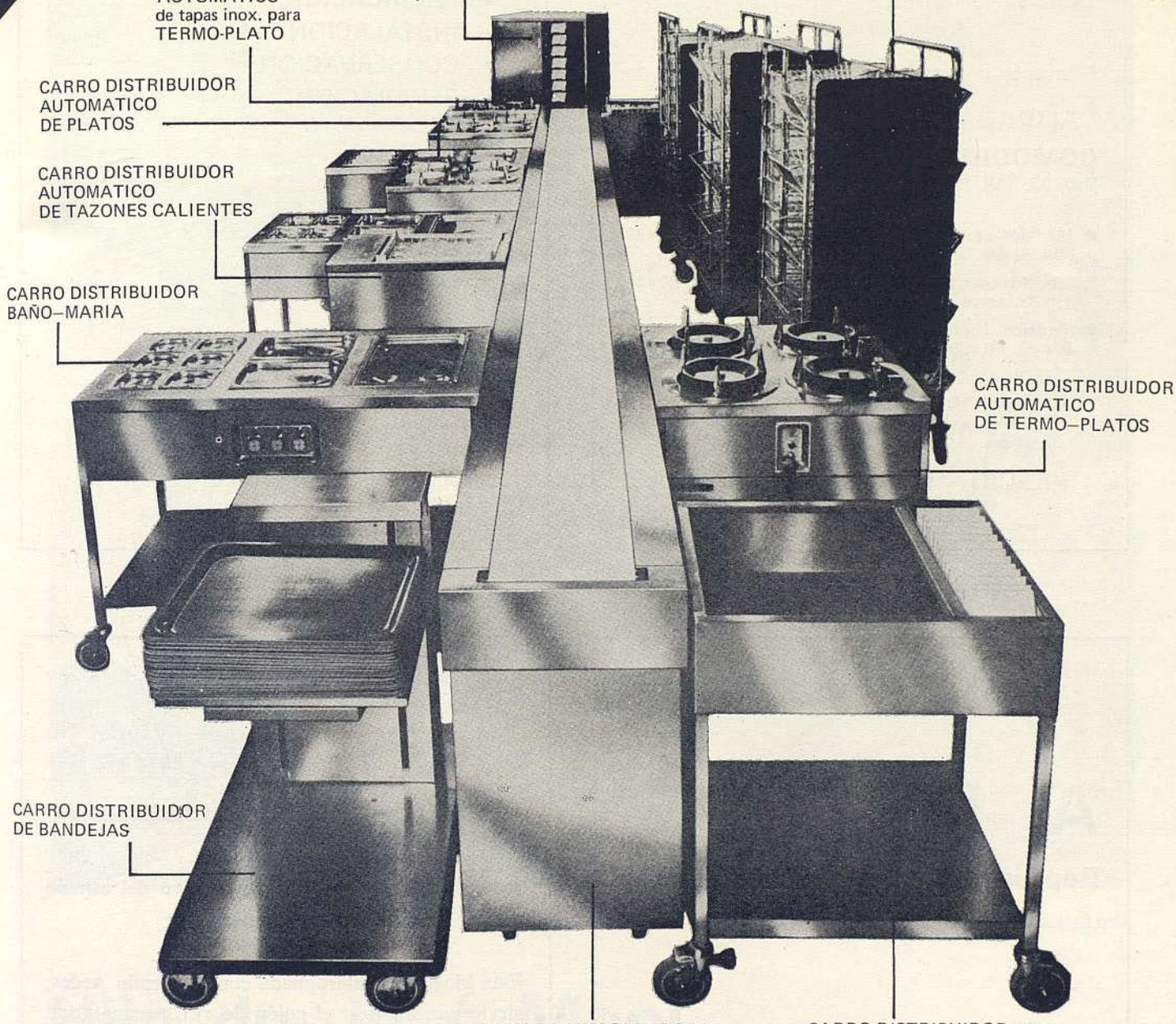
S. A. de Entretenimiento
y Limpieza.

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

ISS INTERNATIONAL SERVICE SYSTEM

Dinamarca	Finlandia	Noruega
Alemania F	Francia	Suecia
Austria	Grecia	Suiza
Bélgica	Holanda	Australia
España	Inglaterra	Brasil

Cinta completa de distribución de comidas



ADISA

SISTEMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS PARA CLINICAS Y HOSPITALES

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

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

Productos MONTVIER

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

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en piezas 100×1

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

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

PRECIO - COMPRUEBE Y SERA NUESTRO CLIENTE

ASCENSORES
PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en:

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

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

A. EJARQUE

Representaciones médicas

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

JOSÉ CRUSET

SAN JUAN DE DIOS
una aventura iluminada

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

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

Pídala a:

LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n
Barcelona 34

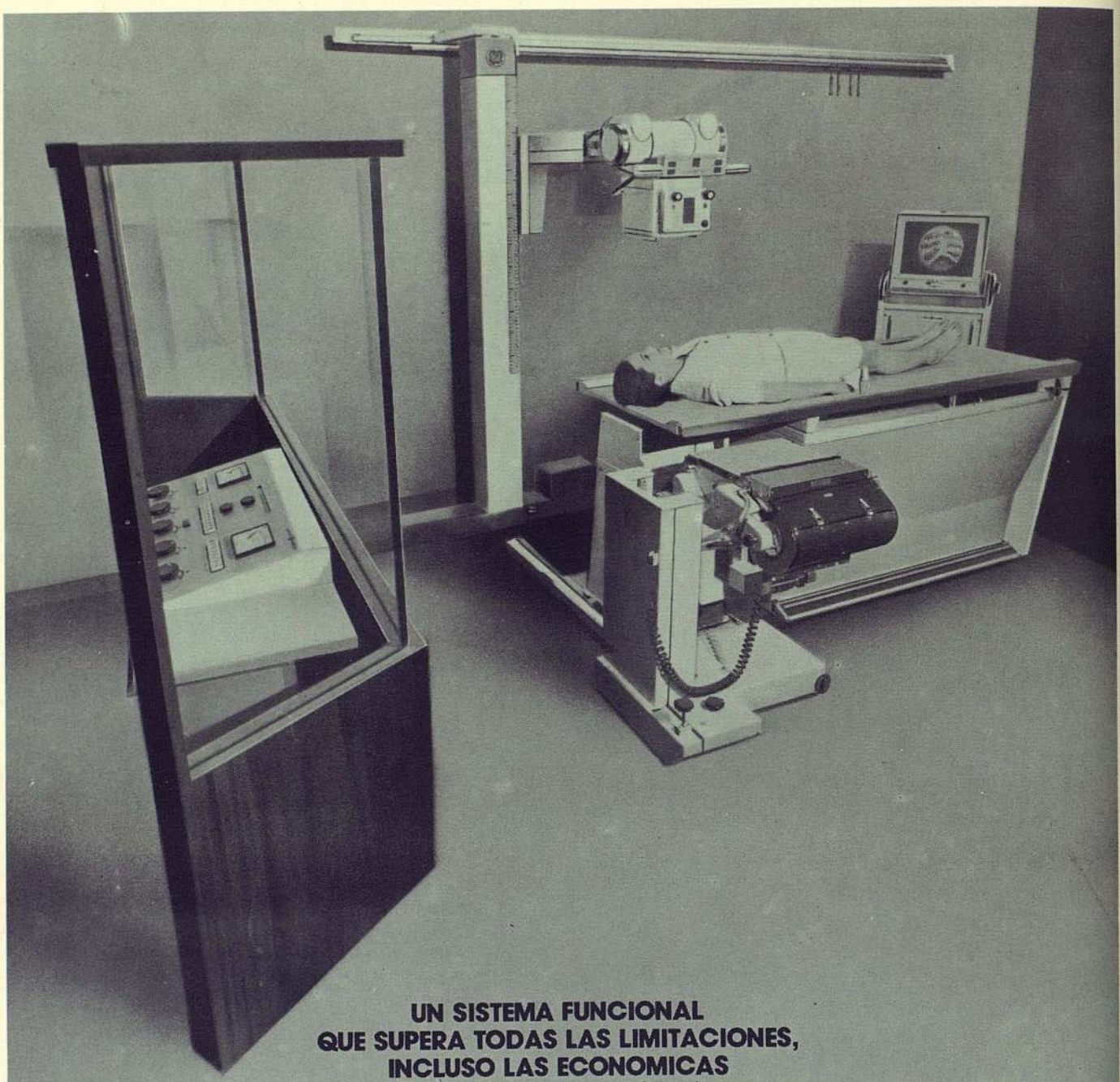
MANI

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

Hijo de José Mani
(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

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



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

SISTEMA VASCULAR "S"

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

Tecnología Española al Servicio de la Salud