

# LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios  
Barcelona

Año 34. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1982  
Número 184. Volumen XIV

*Director*

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMIREZ

*Redactores Jefes*

Joaquín Plaza  
José L. Redrado

*Consejo de Redacción*

Amado Palou. Cecilio Eserverri.  
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.  
Alfonso Mendioroz.  
José M.<sup>a</sup> Sostres. José Sarrió.  
Miguel Martín

*Administración, Publicidad  
y Distribución*

José Esteve

*Dirección*

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

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

## Sumario

### LH OPINA

- 65 LA IDENTIDAD EN LA ASISTENCIA
- 66 EL CRISTIANISMO Y LA ASISTENCIA AL ENFERMO  
Por Diego Gracia Guillén

### ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 76 PSICOPROFILAXIS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA  
EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
Por Josefina Bassets y Cristina Batlle
- 83 EL DOLOR HACE QUE LAS PALABRAS SEAN INUTILES
- 86 EL ROL DEL ENFERMERO PSIQUIATRICO  
Exposición realizada por Rosette Poletti

### PASTORAL HOSPITALARIA

- 89 PURIFICAR EL LENGUAJE SOBRE EL SUFRIMIENTO  
DE LOS HOMBRES  
Por Claudio Ortemann
- 95 PASTORAL CON NUESTROS ENFERMOS  
EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS  
Por Inés López
- 97 ORIENTACIONES SOBRE PASTORAL DE ENFERMOS  
Y SACRAMENTO DE LA UNCIÓN  
Por José Delicado Baeza

### NOTICIARIO

- 99 HOSPITALES
- 102 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

## LA IDENTIDAD EN LA ASISTENCIA

*Decíamos en el último número de LABOR HOSPITALARIA que la humanización y la tecnificación no eran conceptos contrapuestos, sino necesarios y precisos ambos para la buena asistencia al enfermo.*

*Hoy queremos insistir —por lo que se refiere a la humanización de la asistencia— en la importancia que tiene para no perderla, el que el paciente conserve, en todo momento su identidad, su individualidad.*

*Es frecuente que en Instituciones hospitalarias de una cierta complejidad y para facilitar las búsquedas y manejo de datos y resultados, al paciente se le asigne un número de su historia clínica; en su ingreso en la institución se le adscribe también un número de la cama que ocupa; en las exploraciones complementarias, en especial del Laboratorio, se asigna también a la muestra que se obtiene, un número de orden dentro de la fecha en que se procesa y resulta lógico y frecuente el que los profesionales en sus interrelaciones, muchas veces ajetreídas, identifiquen al paciente por uno u otro número.*

*Especial importancia adquiere para la misma humanización de la asistencia el que delante del paciente queden relegadas por completo a un segundo término estas identificaciones numéricas y reaparezca en todo momento el nombre del enfermo para que éste se sienta plenamente identificado e individualizado en el entramaje asistencial.*

*De especial trascendencia resulta el que esta condición ocurra y se cuide tanto más cuanto más identificado esté el profesional sanitario con el paciente en su asistencia. Ello nos llevaría a hablar de la identidad del médico y la enfermera en la asistencia del paciente que será el objeto de nuestro comentario en el próximo número.*

# EL CRISTIANISMO Y LA ASISTENCIA AL ENFERMO

---

Ofrecemos a nuestros lectores este trabajo que, a nuestro juicio, da una visión panorámica muy rica, realista y muy sugerente. Lo ha realizado el Dr. Diego Gracia Guillén.

Agradecemos al ilustre Profesor haber aceptado nuestra petición de publicarlo.

El estuvo en Barcelona el día 4 de marzo, pronunciando esta conferencia en el Auditorium del hospital San Juan de Dios.

Doctor en medicina y catedrático de historia de la medicina en la Universidad Complutense de Madrid, son títulos que acreditan grandemente el tema que desarrolla;

amén de numerosas publicaciones y colaboraciones, entre las que hemos de resaltar

la Historia de la Medicina —varios tomos— obra dirigida por el profesor Lain Entralgo.

---

## INTRODUCCION

Comencemos por el principio, y partamos de un dato escriturario y exegético perfectamente claro: el lugar de privilegio que ocupan los enfermos en la práctica de Jesús. Todos los escritos neotestamentarios coinciden en presentar a los pobres, a los marginados, y en particular a los enfermos, como lugares privilegiados de la práctica de Jesús. El tema central de su predicación, el anuncio del reino de Dios, iba seguido siempre de la práctica con los pobres, los marginados y los enfermos. «Recorría Jesús toda Galilea, enseñando en las sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino y curando toda enfermedad y toda dolencia en el pueblo», escribe Mateo (4,23). Predicación del reino y asistencia al pobre y enfermo van siempre unidas, porque la liberación de los oprimidos es a la vez condición y signo de su llegada, de la cercanía del Reino.

Esta práctica de Jesús con los enfermos, ¿qué sentido tiene para el cristiano? ¿Cómo ha sido asumida por los cristianos en las distintas épocas históricas? He aquí, brevemente formulada, la primera pregunta a la que habremos de dar respuesta, mediante un somero análisis de la historia de la asistencia cristiana a los enfermos. Al término de ella estaremos en plena actualidad, y por tanto en condiciones de hacernos una segunda pregunta: ¿cuál puede y debe ser el modo de presencia actual de la Iglesia en el mundo de la salud?

Una última advertencia. El problema de la asistencia cristiana a los enfermos es una cuestión histórica, que yo estudio aquí en mi condición de historiador de la medicina. Lejos de mí el intento de suplantarlo al teólogo o al canonista. Lo que procuraré es ver el sentido histórico de la asistencia cristiana a los enfermos, y juzgar, desde él, el problema de su situación actual.

## Historia de la asistencia cristiana a los enfermos

No menos de seis fases históricas distintas, de duración muy desigual, veo yo en la evolución a través del tiempo de la presencia cristiana en el mundo de la enfermedad. Las denominaré, respectivamente, fase primitiva o evangélica, fase medieval o de la beneficencia eclesiástica, fase moderna o de la beneficencia civil, fase de medicalización de la asistencia hospitalaria (siglos XVIII-XIX), fase de la socialización de la medicina (siglos XIX-XX) y fase actual.

### FASE PRIMITIVA O EVANGELICA

El primer modelo de asistencia cristiana a los enfermos tuvo vigencia a lo largo del primer siglo y medio de la vida del cristianismo. La asistencia a los enfermos no fue sólo práctica cotidiana en la vida de Jesús, sino mandato expreso a sus discípulos. El evangelista Lucas transmite unas palabras que per-



Profesores Gracia Guillén, Laín Entralgo y María Dolores Aldaba, Superiora General de las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

tenecen al relato de misión de los setenta y dos discípulos, y que dicen así: «En cualquier ciudad donde entrareis y os recibieren, curad a los enfermos que en ella hubiere» (10,8-9). Curar tiene aquí el sentido de *cuidar* solícitamente, ya que el término griego *therapeúein* significa esto, cuidar, atender, asistir con dedicación y amor. Otro texto, este del evangelista Mateo, nos dice que en el momento del juicio final el Hijo del Hombre premiará a los que hayan hecho unas cuantas cosas, entre las que está la visita a los enfermos. «Venid, benditos de mi Padre, recibid la herencia del Reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; era forastero, y me recogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a verme. Entonces los justos le responderán: Señor, ¿cuándo te vimos hambriento, y te dimos de comer; o sediento, y te dimos de beber; o desnudo, y te vestimos? ¿Cuándo te vimos enfermo o en la cárcel, y fuimos a verte? Y el Rey les dirá: En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (Mt 25,34-40).

Al forastero se le recoge, al desnudo se le viste, y sin embargo al enfermo no se le *cura*, sino que se le *visita*, se le *asiste* o *cuida*. Durante el primer siglo y medio de existencia histórica del cristianismo no parece que se diera entre los cristianos la ayuda técnica o médica al enfermo. Este dato no puede extrañar si se tiene en cuenta que, según el testimonio de Pablo (1 Cor 1,26-31), las primeras comunidades cristianas no estuvieron formadas por nobles sino por esclavos, no por sabios sino por ignorantes, y en la antigüedad, como en períodos muy posteriores de la historia de la Humanidad, la asistencia médico técnica no llegó nunca de modo regular y constante a los estratos inferiores de la sociedad. Las primeras comunidades cristianas, compuestas en su mayoría por esclavos e iletrados de los suburbios de las grandes ciudades del Imperio,

no asistieron ni pudieron asistir médicamente a sus enfermos. Los cristianos de las primeras generaciones recibieron la enfermedad como una situación privilegiada que permitía al individuo asociarse de un modo particularmente estrecho con la vida de Jesús, en especial con su Pasión, y que obligaba a la comunidad al cuidado amoroso y solícito, a la práctica de la caridad y, con ello, al seguimiento de lo que en la vida pública de Jesús fue práctica cotidiana, la asistencia al enfermo.

Resumiendo, podemos decir que las características de esta primera fase son las siguientes:

- Los discípulos de Jesús vieron en la asistencia al enfermo un mandato evangélico positivo, recibido directamente de Jesús y, por ello, irrenunciable.
- La asistencia no era *técnica* o *médica*, sino *humana* (acompañar y ayudar al enfermo en sus necesidades) y *cristiana* (ayudar a vivir al enfermo su propia enfermedad como tiempo de redención y de deificación, asociado a la Pasión de Jesús).

### FASE MEDIEVAL O DE LA BENEFICENCIA ECLESIASTICA

Pronto, tras ese primer siglo y medio, las cosas empezaron a cambiar. De una parte, los ricos, los cultos, los poderosos comenzaron a tener cada vez un peso mayor en las comunidades cristianas. De otra, el cristianismo salió de las catacumbas, invadió poco a poco la vida civil y acabó convirtiéndose en la religión del Imperio: fue el *constantinismo*. Finalmente, la cultura griega se fundió con la práctica cristiana hasta hacer de ella una religión *lógica* y *razonable*: fue la *teología*. A fines del siglo IV el cristianismo se ha convertido ya en una *religión* (hasta entonces no lo era, o lo fue de modo tan extraño a los ojos de las gentes, que éstas se *burlaban* ante tal mensaje: (Hech 17,32); y en una religión *razonable* y *poderosa*. Lo cual tuvo muchas consecuencias.

Nos interesan las consecuencias en orden a la asistencia a los enfermos. Junto a la teología y la filosofía griegas, se asimilaron también las ciencias naturales y la medicina hipocrático-galénica. Y con los Padres alejandrinos y capadocios se puso a punto la primera teología especulativa de la enfermedad y de la asistencia a los enfermos. Se partió de un principio profundamente arraigado en la cultura griega, que el orden natural —incluyendo el orden de la sociedad, con sus diferentes niveles, rangos y estamentos— es el orden querido por Dios, y como tal inamovible. Ni se puede ni se debe acabar con los pobres, con los peregrinos o con los enfermos. Ahora bien, es deber de la Iglesia la práctica de la caridad con ellos. De ahí que se elabore toda una teología de las obras de misericordia, tanto materiales (dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, dar posada al peregrino, redimir al cautivo, vestir al desnudo, visitar a los enfermos y enterrar a los muertos) como espirituales (enseñar al que no sabe, aconsejar al que duda, consolar al triste, corregir al que yerra, perdonar las ofensas, soportar las injurias y orar por todos). Con este espíritu se establecen los hospitales cristianos a todo lo largo de la Edad Media, desde aquel primero que fundara San Basilio de Cesarea hacia el año 370. Estos hospitales del medioevo, situados junto a los monasterios unos, al lado de las catedrales otros, muchos en las rutas de peregrinos, tienen todos tres características comunes:

- Son instituciones eclesiásticas, ya que es la Iglesia quien se considera depositaria del mandato de practicar la caridad con el pobre y el enfermo.
- No tuvieron como fin primario la asistencia médica, sino el ejercicio de las obras de misericordia, en especial las espirituales.
- Estos hospitales estaban destinados únicamente a los pobres; eso es lo que diferencia en la Edad Media al *hospitale pauperum* del *infirmarium*.

En fin, la asistencia al enfermo fue en todo este período más una obra de caridad o de misericordia que de justicia; más patrimonio de la Iglesia que del Estado; más ejercicio de sacerdotes que de médicos.

## FASE MODERNA O DE LA BENEFICENCIA CIVIL

A partir del Renacimiento los poderes civiles empiezan a considerar la asistencia a los menesterosos y enfermos como un estricto deber político basado en el imperativo de la justicia. Poco a poco, en un largo proceso que no finaliza hasta el siglo XVIII, el hospital se va secularizando, pasa de la jurisdicción eclesiástica a la civil. Surgen así los llamados hospitales civiles, reales, municipales, burgueses, la gran novedad del mundo moderno. El cambio fue tal que exigió de la Iglesia un modo de presencia nuevo y completamente distinto del medieval. Es el modo que inauguran Juan de Dios, Camilo de Lelis, Vicente de Paúl. Estos hombres, en primer lugar, crearon órdenes y congregaciones religiosas nuevas, aptas para el servicio al enfermo en los hospitales civiles, haciendo presente en ellos la caridad cristiana. En segundo lugar, y como esos nuevos hospitales distaban mucho de cubrir las necesidades existentes, iniciaron la fundación de hospitales privados, a fin de que pudieran cobijarse en ellos quienes ni a los hospitales de pobres podían ir. Finalmente, las nuevas órdenes hospitalarias sirvieron para humanizar el trato al enfermo. Cuenta Francisco de Castro, el primer biógrafo de san Juan de Dios, cómo éste, tras su conversión, transitaba por las calles de Granada tan humilde y conrito que las gentes le tomaron por loco, llevándole al Hospital Real fundado por los Reyes Católicos. Allí, según refiere el cronista, «aunque a los principios procuraron de hacelle algún regalo para ver que volviese en sí y no desfalleciese, como la principal cura que allí se hace a los tales sea azotes... atáronle pies y manos, y desnudo, con un cordel doblado le dieron una buena vuelta de azotes». «Mas, como su enfermedad era estar herido del amor de Jesucristo, porque por su amor le diesen más azotes y le tratasen peor, les comenzó a decir de esta manera: ¿por qué tratáis tan mal y con tanta crueldad a estos pobres hermanos míos, que están en esta casa de Dios en mi compañía? ¿No sería mejor que os compadeciéseteis dellos y de sus trabajos y los limpiáseteis y diéseteis de comer con más caridad y amor que lo hacéis, pues los Reyes Católicos dexaron para ello cumplidamente las rentas que era menester? Pues como los enfermeros oían esto, pareciéndoles loco malicioso, y deseándole curar de lo uno y de lo otro, añadían a la disciplina recios azotes, más que a los otros que sólo estimaban por locos». Es tras esta triste experiencia cuando Juan de Dios decide fundar su primer hospital, en el que intenta asistir al enfermo de una manera moderna y humanamente ejemplar.

En consecuencia, las notas distintivas de este período son las siguientes:

- La beneficencia pasa de manos eclesiásticas a manos civiles. Ahora son los municipios y la corona quienes construyen los hospitales y proveen las rentas necesarias para su mantenimiento.
- La Iglesia se hace presente en este nuevo espacio sanitario mediante las órdenes hospitalarias, aptas para el servicio al enfermo en los hospitales civiles.
- Además, y como esos nuevos hospitales civiles distaban mucho de cubrir las necesidades existentes, las instituciones de Iglesia iniciaron la fundación de hospitales privados, a fin de que pudieran cobijarse en ellos quienes ni a los hospitales de pobres podían ir. Es decir, la Iglesia empieza a realizar una función subsidiaria del poder civil en la asistencia a los enfermos, haciéndose presente entre los más necesitados (locos, expósitos, etc.).

## FASE DE MEDICALIZACION DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA (SIGLOS XVIII-XIX)

Hacia 1750 comienza una nueva fase en el proceso de secularización de la vida europea. El hombre de la Ilustración tiene conciencia de haber alcanzado, por fin, su mayoría de edad. Recordemos, una vez más, la conocida definición de Kant: «La Ilustración es la salida del hombre de su culposa minoridad. Es minoridad la incapacidad de servirse del propio entendimiento sin la tutela de otro. Y es culposa esta minoría cuando su causa no radica en la carencia de entendimiento, sino de resolución y de ánimo para servirse del propio sin la dirección de otro. *Sapere aude!* ¡Ten el ánimo de servirse de tu propio entendimiento! Tal es la divisa de la Ilustración».

El hombre ilustrado quiere llevar su autonomía hasta el límite, desea secularizar su vida al máximo. Y para ello se ve en la necesidad de luchar contra las formas establecidas de vida religiosa y de atacar el poder clerical. Comienza así un nuevo período en la historia de las relaciones entre la Iglesia y los poderes civiles, que lleva, entre otras cosas, a la supresión de las Ordenes religiosas en varios países de Europa. El historiador encuentra razones muy distintas para explicar el conflicto, según que acuda a los testimonios de una u otra parte. No entraré en ello. Pero sí quiero dejar constancia de un hecho hoy incuestionable, a saber, que los nuevos ideales revolucionarios y democráticos albergaban muy legítimos anhelos de justicia, libertad y fraternidad. No olvidemos que es en este clima en el que la Asamblea Constitucional francesa redacta su Declaración de los Derechos del Hombre (1789), en la que por vez primera se reconoce el derecho que todo hombre tiene a ser asistido en caso de enfermedad.

En los años de la Ilustración comienza también la mayoría de edad de la medicina europea. Es entonces, en efecto, cuando ésta entra en lo que Kant llamó *el camino real de la ciencia*, convirtiéndose en una verdadera ciencia moderna. Por vez primera los gobiernos empiezan a proyectar y ejecutar una verdadera *política sanitaria*, consistente, entre otras cosas, en la reordenación y racionalización de los centros asistenciales. Como consecuencia de esto, el médico adquiere poderes cada vez más importantes y toma la dirección de las instituciones sanitarias. Los hospitales, que a fines del siglo xvii y principios del xviii eran todavía concebidos como instituciones de caridad que albergaban todo tipo de personas, a partir de ahora se transforman en centros dedicados exclusivamente a la curación de las enfermedades. Es la *medicalización* del hospital (Foucault), que se advierte en todos los aspectos de la vida hospitalaria. Su diseño varía, la ordenación de las salas obedece a criterios nosológicos, todos los actos de la vida interna del hospital se transforman en *actos médicos*, que realizan personas cada vez más jerarquizadas y especializadas. Eficacia y racionalidad son los criterios dominantes. Los *enfermeros* sustituyen en muchas salas a las *hermanas de la caridad*. El propio vocabulario sufre el proceso de laicización y medicalización.

Este paso del hospital caritativo al hospital medicalizado, que supuso una gran pérdida de poder por parte de la Iglesia, no se hizo sin lucha. El declive de las religiosas y de los capellanes y la ascensión del médico y los enfermeros testimonia la resolución del conflicto entre el hospital entendido como espacio terapéutico y el entendido como institución de caridad en favor del primero. Alcanzada la paz, la Iglesia comienza a adaptarse a las nuevas circunstancias e inicia un nuevo modo de presencia en el hospital. A partir de ahora tendrá que acomodar su práctica de caridad y servicio a las nuevas pautas médico-terapéuticas; es decir, la presencia de la Iglesia en el hospital empieza también a medicalizarse. La caridad hospitalaria será, en adelante, *caridad medicalizada*. Así lo entienden pronto las órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos, que inmediatamente toman conciencia de que su actividad han de realizarla ahora en un medio que ha añadido a su anterior nota de laico, la nueva de médico.

Pero la nueva política sanitaria dista mucho de cubrir toda el área de la sanidad. Los enfermos más menesterosos, los crónicos, los ancianos, los inválidos, son también los más desatendidos. La nueva medicina selecciona a los agudos y margina a los crónicos. De ahí que la Iglesia empiece a orientar sus fundaciones caritativas y asistenciales hacia esos ámbitos desatendidos por el poder civil, disminuidos, crónicos, ancianos, etc. Esta es la época en que aparecen los nuevos institutos religiosos dedicados a la atención de los pobres y los ancianos: Hermanitas de los Pobres (1839), Hermanitas de los Ancianos Desamparados (1873), Piccola Casa della Provvidenza de Cottolengo (1827) y tantas más, que alcanzaron en muy pocos años éxito sorprendente. Por su parte, las antiguas órdenes hospitalarias se someten a un profundo proceso de transformación interna. Esto se advierte muy bien en el proceso de restauración de

la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España (1867). Cuando Benito Menni inicia los trabajos de reimplantación de la Orden en nuestra península, tiene perfectamente claro que ya no puede resucitar el modelo que tan buenos resultados había dado en la fase anterior, y que es preciso iniciar una etapa nueva, caracterizada por unas cuantas notas que son las típicas de la presencia de la Iglesia en esta cuarta fase:

- Las nuevas fundaciones hospitalarias han de estar a la altura de la medicina más exigente y hallarse dirigidas por médicos.
- Las fundaciones se orientarán de preferencia a la atención de los enfermos más marginados por el poder civil: subnormales, enfermos mentales, etc.
- Dado que estas instituciones cumplen una función social, deberán hallarse subvencionadas, total o parcialmente, por los poderes públicos, municipales, provinciales o estatales.

### FASE DE SOCIALIZACION DE LA MEDICINA (SIGLOS XIX-XX)

En la segunda mitad del siglo XIX comienzan los primeros sistemas de socialización de la asistencia médica, el sistema ruso *Zemtsvo* y el sistema alemán de las *Krankenkassen*. Varios son los motivos que influyen en ello. En primer lugar, la fuerza cada vez mayor que durante esas décadas va adquiriendo la clase obrera, reunida en instituciones de presión económica y laboral, como los sindicatos. En segundo lugar, el auge de la mentalidad socialista entre las masas proletarias. En tercero, la aparición de la gran crisis económica de 1873-85, que dejó a una enorme cantidad de personas en la miseria y obligó a los Estados a buscar medidas protectoras de las situaciones de indigencia. La aparición en los años 1929-31 de otra gran crisis económica acabó de convencer a los economistas de la necesidad de dar un fuerte golpe de timón a la organización de la economía de mercado. Según los clásicos del liberalismo económico, la salud de un sistema económico depende de unos cuantos principios, que pueden resumirse en los siguientes:

- Libertad absoluta de transacciones, sin ningún tipo de intervención estatal.
- Fomento del ahorro, a fin de que luego pueda ser invertido en bienes de producción creadores de nueva riqueza.
- La regulación de la actividad económica la imponen los niveles de la oferta y la demanda.

Ahora bien, estos principios, dejados a su libre juego, dieron como resultado esas dos grandes crisis, con sus insufribles desdichas sociales. Para evitarlas, lord Keynes y sus seguidores procedieron a una reformulación de las tesis económicas básicas. Helas aquí:

- El Estado tiene que intervenir en el juego económico como árbitro que impida las grandes crisis económicas, y que cuando éstas se producen asegure la vida de los trabajadores de los riesgos fundamentales: paro, enfermedad, invalidez, educación, etc.
- Al tener el obrero asegurados esos niveles mínimos, ya no tendrá que ahorrar, lo que estimulará el consumo.
- Esto hace que se reactive la demanda y aumenten las transacciones económicas.

Estas tesis económicas se hallan en el origen de los seguros sociales obligatorios, y más en concreto del seguro de enfermedad. Las razones de su instauración no fueron única ni primariamente morales, sino económicas. Hay que luchar contra la recesión del consumo, lo que obliga a estimular el gasto y evitar el ahorro. Ahora bien, las gentes ahorran en previsión de infortunios, enfermedades, etc.; por tanto, es preciso cubrir esas contingencias, si se quiere estimular la actividad económica. Así surgen los seguros obligatorios de enfermedad, y así se convierte la medicina en un negocio macroeconómico.

La socialización de la sanidad ha provocado, en nuestro medio, el hundimiento de múltiples hospitales privados, eclesiásticos y civiles. Tal es la razón



de que la Iglesia haya visto con recelo no disimulado todo ese movimiento. Después, y ante la importancia que estos nuevos centros iban adquiriendo en el panorama sanitario nacional, la Iglesia pasó a la colaboración activa, a fin de hacer presente en ellos el mensaje evangélico. Por lo demás, pronto se vio que el seguro de enfermedad focaliza su atención al cuidado de las enfermedades agudas, recuperables y de corta duración, y por ello muy rentables, marginando muy gravemente las enfermedades crónicas: ancianos, locos, minusválidos, etc. Las instituciones de la Iglesia encontraban así su lugar, altamente evangélico. La trayectoria de la Orden de San Juan de Dios en nuestro país en el último siglo es buena prueba de esto.

## LA ACTUALIDAD

Tras la crisis de 1973, que es la crisis de la economía keynesiana, y por ello también de los sistemas de seguridad social, la asistencia sanitaria ha entrado en una fase de total replanteamiento. Las nuevas corrientes neoliberales propugnan la reducción, a veces la supresión, de los sistemas estatales de seguros y su traspaso a compañías privadas. Por otra parte, hay una revisión no menos drástica del modelo sanitario. Instituciones como la OMS propugnan ahora la desmedicalización de la sanidad y la deshospitización de la salud. El hospital debe ceder ahora el lugar de primacía a la comunidad; la medicina deja de ser considerada como ciencia natural o biológica para convertirse en ciencia social, y el sanitario está empezando a tener conciencia de su carácter de agente social encargado de la salud de una comunidad. La resocialización del enfermo, del médico y de la medicina han hecho que el centro de gravedad de la asistencia pase del nivel terciario al nivel primario. Surgen términos tales como asistencia primaria, equipo de salud, médico de comunidad, sector sanitario, etc. Todo un nuevo y vasto panorama, todo un salto cualitativo en la planificación sanitaria y en la redefinición del hospital. He aquí algo que las organizaciones de Iglesia en el mundo de la salud deben meditar muy atentamente, si de veras quieren cumplir de modo pertinente y actual con el precepto evangélico de ayudar a los pobres, a los débiles, a los necesitados. Toda la actividad cristiana en el mundo de la marginación y la enfermedad, y en especial en los hospitales, debe revisarse muy seriamente desde los nuevos datos de la realidad. Permítanme que yo, en la segunda parte de mi exposición, revise desde estos presupuestos un tema concreto, el del hospital confesional o católico.

## El hospital confesional, hoy

Para situar adecuadamente el problema del hospital cristiano hay que proceder, según pienso, en forma de círculos concéntricos que vayan delimitando los niveles de presencia cristiana en el mundo de la salud. Estos niveles son los tres siguientes, enumerados por orden de importancia:

- Presencia extrahospitalaria.
- Presencia en el hospital secularizado y civil.
- Presencia en el hospital confesional.

### PRESENCIA EXTRAHOSPITALARIA

El hospital constituye una parte muy pequeña, y que cada vez será menor, en el total de la sanidad. El nuevo modelo sanitario, según acabamos de ver, concede importancia primordial a la sanidad extrahospitalaria. Por tanto, sería un grave error pensar, con categorías ya superadas, que la presencia cristiana en el mundo de la salud puede identificarse con la presencia en las instituciones hospitalarias. En esta nueva dirección, que posiblemente es la más importante, y desde luego la más prometedora, está casi todo por hacer.

Por otra parte, pienso que el cristiano debe de participar activamente en el

actual movimiento de deshospitalización de la sanidad. Es preciso no perder de vista que, como ha demostrado la sociología de la medicina, el hospital ha sido muy frecuentemente una institución de represión, de control de conductas socialmente incómodas, en última instancia, de esclavización. Pensemos, por ejemplo, en los manicomios. En estos últimos años los médicos, y en especial los psiquiatras, han comenzado a verse a sí mismos como jueces que establecen los criterios de demarcación entre la norma social y lo anómalo o anormal, por ejemplo, dando de baja a un enfermo, o ingresándolo en un hospital. Al hacer esto, los médicos asumen algunas de las funciones tradicionalmente encomendadas a los sacerdotes y los juristas, el discernir entre lo bueno y lo malo, entre las conductas adecuadas y las inadecuadas. Grave responsabilidad ésta que el cuerpo social entrega al médico, y que convierte su ejercicio profesional en una aguda, punzante cuestión ética. En síntesis, se trata de saber si el poder delegado de la sociedad que el médico ostenta lo utiliza éste para hacer a los hombres más libres, autónomos y adultos, o si, por el contrario, se torna en sus manos en instrumento de esclavitud, que perpetúa y cronifica las conductas dependientes, infantiles e inmaduras. Quien haya ejercido la medicina, y sobre todo la psiquiatría hospitalaria, se habrá formulado una y mil veces a sí mismo esta pregunta. Lo que demuestra que los médicos, y sobre todo los psiquiatras, han empezado a darse cuenta de que el rol que la sociedad les ha asignado de diagnosticar y controlar las conductas anómalas y asociales lo han venido utilizando muchas veces más para esclavizar a los seres humanos que para liberarlos, haciendo de ellos, en tanto que posible, seres adultos y responsables. Aquí y ahora, esta es la pregunta fundamental de la Medicina y de la Psiquiatría, y nadie que no se la haya formulado puede llamarse a sí mismo buen médico, ni tampoco hombre libre.

El hospital ha sido muchas veces —y es hoy con enorme frecuencia— instrumento de marginación. Por ello, la presencia cristiana en el mundo de la salud, en tanto que presencia humanizadora y liberadora, tiene que ser en buena medida presencia deshospitalizadora. A tal respecto, creo que las nuevas orientaciones de la sociología médica y de la planificación sanitaria son de gran ayuda para la orientación adecuada de la práctica cristiana.

### PRESENCIA EN EL HOSPITAL SECULARIZADO Y CIVIL

A pesar de todo, los hospitales son y seguirán siendo necesarios en muchos casos. Estos hospitales se caracterizan, como ya hemos visto, por ser en su mayoría laicos y no eclesiásticos, y, al menos entre nosotros, por ser públicos y estatales, y no privados. No entro en el análisis de las ventajas e inconvenientes de tal sistema; simplemente afirmo que la red hospitalaria tiene hoy entre nosotros estas dos características, de ser estatal y laica. Y añadido algo que frecuentemente se silencia, y es que gracias a ella la medicina española ha progresado en los últimos veinte años de modo muy considerable, y la población de nuestro país ha accedido a un tipo de asistencia sanitaria muy superior al hasta entonces usual.

La importancia que ha tenido el desarrollo del seguro de enfermedad en la mejora de la asistencia sanitaria ha sido tal, que difícilmente puede justificarse cualquier tipo de postura reticente frente a él. Por eso consideraría un error que la Iglesia española repitiera en el ámbito de la sanidad posturas como la mantenida hace poco con ocasión del debate parlamentario sobre el Estatuto de Centros Docentes, o ahora en la discusión de la Ley de Autonomía Universitaria. La batalla por los centros privados confesionales, por más que se halle jurídicamente amparada en el respeto constitucional a la libertad de asociación, desde un punto de vista social a muchos nos parece excesivamente *patrimonialista* y *elitista*. La Iglesia española ha gozado durante muchos años de fuerte proteccionismo, y no puede extrañar que cuando ahora, desaparecido éste, exige que se la trate en condiciones de igualdad (financiación de sus centros docentes, libertad de erección de Universidades, etc.), haya quien piense que de lo que ahora se trata es de sacar, también de esta situación, el mayor rendimiento posi-

PRESENCIA  
EN EL HOSPITAL  
CONFESIONAL

ble. Repito, aunque la Iglesia pueda ampararse en principios tan constitucionales como el de la libertad de asociación para fundar Colegios, Universidades, Hospitales o Cadenas de TV, no sé si es lo más oportuno. También aquí lo que parece mejor puede ser enemigo de lo bueno. La Iglesia tiene que estar vigilante siempre ante la tentación del Poder, y considerar que su máxima obligación aquí y ahora es hacerse presente en el hospital laico y estatal, para contribuir a humanizarlo y perfeccionarlo desde dentro.

Vengamos, como conclusión, al objetivo último de todo este recorrido, el análisis del sentido del hospital confesional hoy. De lo dicho se desprenden ya varias conclusiones, por lo general negativas, sobre el problema del hospital confesional. Sería un error deducir de ello, sin embargo, que en mi opinión estos hospitales no tienen más que aspectos criticables. Muy al contrario, pienso que los hospitales confesionales tienen varias funciones que cumplir. Veamos.

La primera y más importante es una función de subsidiariedad. Hemos visto a lo largo de la historia cómo la Iglesia ha actuado como subsidiaria del poder civil, atendiendo a aquellos que éste desatendía. Es una función esencialmente evangélica. En las instituciones sanitarias, tanto privadas como públicas (seguridad social), se margina al enfermo crónico en favor del agudo. Inválidos, subnormales, enfermos mentales, ancianos, son sistemáticamente preteridos. Pues bien, este puede, debe y tiene que ser el lugar en que se hagan presentes las instituciones asistenciales de Iglesia, y para esto es para lo que deben echar mano del principio constitucional de la libertad de asociación. Para mí, ésta es la otra cara del famoso *principio de subsidiariedad*, tan sistemáticamente utilizado por el magisterio eclesiástico. No sólo hay que ver al Estado como subsidiario de los individuos, también a la Iglesia como subsidiaria del Estado y, a través de él, también de los individuos. Pienso que este es el punto fuerte del hospital confesional, concretamente del cristiano. Todos tenemos conciencia de que si hoy desaparecieran por decreto los hospitales de patrimonio eclesiástico, lo que más sufriría sería la asistencia a los más necesitados, enfermos mentales, ancianos, subnormales, etc. En este sentido, la trayectoria de la Orden de San Juan de Dios es realmente ejemplar.

Sólo después de todo esto me plantearía yo el problema de los hospitales generales confesionales. Y ello por varios motivos. En primer lugar, porque yo no creo que la Iglesia tenga la misma obligación en este caso que en el anterior, en la asistencia a los inválidos, crónicos, etc. En segundo, porque las razones que se aducen en favor de este tipo de fundaciones son a lo más de conveniencia, pero pienso que no de necesidad. Así, unas veces se aduce el derecho a la libertad de conciencia y a la necesidad de poder profesar en público la propia religión y de acomodar a sus imperativos el propio proceder en la actividad ciudadana y profesional; pero de esto no se concluye que deban existir hospitales confesionales, sino sólo que debe exigirse el respeto de la libertad de conciencia en los hospitales laicos. Otras veces se aduce que en los hospitales cristianos se pueden seguir las normas morales propias de ese credo religioso, impidiendo el aborto, la eutanasia activa, etc.; pero el argumento falla en el mismo punto que el anterior, y lo que prueba es que debe exigirse el respeto a la moral del médico y del enfermo en los hospitales civiles, no pudiéndoles obligar a prácticas contrarias a sus creencias, pero no que sean necesarios los hospitales de la Iglesia. Se aduce, en fin, que en el hospital cristiano la asistencia humana sería particularmente cuidadosa, como basada en el amor de caridad. He de confesar que, entre todas, esta es la razón que me parece más endeble en pura lógica cristiana, ya que el cristiano debe querer antes para los otros que para sí los beneficios de una asistencia humanamente decorosa, y no debe construir ghettos por ninguna razón, pero menos por ésta tan poco evangélica. El cristiano tiene que hacer lo posible por humanizar la asistencia sanitaria con amor de caridad, pero no puede hacer de esto un motivo de segregación.

Todas estas razones que suelen aducirse en favor del hospital general cris-

tiano, decía, no son capaces de probar su necesidad, aunque quizá sí su conveniencia en casos particulares, y cuando no se dan todas las circunstancias que en la crítica he presupuesto. Quizá por esto, los hospitales confesionales *están ahí* en todo el mundo, y *están aquí*, entre nosotros; son un *hecho*. Hay, pues, una *quaestio facti* distinta de la *quaestio juris*. Y esta *quaestio facti* es clara: estos hospitales cumplen una función que sería suicida ignorar; más aún, una función que hay que respetar y valorar. Eso sí, exigiéndoles, ya que se adjetivan de cristianos, un exquisito respeto a todo lo humano, precisamente en nombre de la caridad. El adjetivo cristiano no resuelve problemas, más bien los crea, al menos cuando se asume de modo auténtico y no se hace de él una patente de corso para vivir en la impunidad. Tenemos todos tan actual y tan presente el ejemplo de la *democracia cristiana*, responsable hoy mismo de crímenes de lesa humanidad, que no puede exigírsenos el que nos sintamos cómodos ante cualquier otro tipo de utilización del adjetivo cristiano tras un sustantivo, sea éste *democracia*, o sea *hospital*.

## CONCLUSION

Concluyo resumiendo muy brevemente las tesis principales de esta segunda parte:

- En el modelo sanitario que se va imponiendo la sanidad tiende a ser básicamente extrahospitalaria. La Iglesia tiene que ser consciente de ello, y conceder cada vez mayor importancia a su presencia en el mundo de la salud extrahospitalaria.

- Dentro de la asistencia hospitalaria, el modo fundamental de la presencia de la Iglesia tiene que realizarse a través de los hospitales laicos y estatales.

- Las fundaciones asistenciales cristianas deben dirigirse, en virtud del principio de subsidiariedad, a aquellas parcelas menos atendidas por el poder civil, y por tanto más necesitadas de presencia humana y cristiana: enfermos crónicos, deficientes, subnormales, locos, etc.

- El hospital general cristiano posee dos dimensiones distintas. Como *quaestio juris* parece, al menos en nuestro medio, conveniente, pero no necesario. Como *quaestio facti* debe ser tenido muy en cuenta. Eso sí, exigiéndole que el adjetivo de cristiano no le sirva de patente de corso para conculcar los derechos humanos, sino de exigencia para el logro de una asistencia sanitaria modélica. El hospital cristiano debe ser un ejemplo de misericordia y de humanidad en el trato con el enfermo. A mediados del siglo I d. C., en la época de Pablo y Juan, escribía un médico pagano de Roma, Escribonio Largo, estas frases, que desde entonces han sido santo y seña del médico cristiano: «Los médicos, si no tienen un ánimo lleno de misericordia y de humanidad según las características de su propia profesión, deberían hacerse invisibles a todos los dioses y todos los hombres. Por ello, quien se ha obligado legítimamente a un juramento médico, no suministrará una medicina perjudicial ni a los enemigos, pues la medicina estima a los hombres no por su fortuna ni por su persona, sino que promete socorrer en la misma medida a todos aquellos que imploran su auxilio, y confiesa que nunca hará mal a nadie». Y más adelante: «Si la medicina no se ocupa por completo, bajo cualquier circunstancia, de ayudar a los enfermos, no ofrece a los hombres la misericordia que les prometió. Cesen, pues, los que no quieren o no pueden ayudar a los enfermos, de intimidar a la gente negando a los enfermos las ayudas que ofrecen las fuerzas de los medicamentos». Siguiendo a Quintiliano, los romanos definieron al médico como *vir bonus medendi peritus*, hombre bueno perito en el arte de curar. El médico es *vir bonus*, añade Escribonio Largo, cuando en la asistencia a los enfermos se manifiesta *plenus misericordiae et humanitatis*, lleno de misericordia y de humanidad. Si esta consigna era buena para un pagano —un pagano con alma *naturaliter christiana*, podríamos añadir—, cuánto más para un cristiano, que concibe a Dios, según enseñó Pablo, como «el Padre de la misericordia» (2 Cor 1,3).

# Organización de hospitales

## *Humanización de la asistencia hospitalaria*

### PSICOPROFILAXIS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

#### INTRODUCCION

El ingreso de un niño en un hospital (cuando debe ser intervenido) suele programarse con bastante antelación; en consecuencia, los temores de la familia surgen también con anticipación. Dichos temores pueden expresarse abiertamente o bien pueden ocultarse, pero siempre deben ser tenidos en cuenta.

Helen Deustch (1942) descubrió en la práctica del psicoanálisis de los pacientes que habían sido operados hacía muchos años, revivían en la sesión psicoanalítica toda la carga ansiógena de la operación que no habían elaborado. Demostraba que la situación quirúrgica permanecía latente y conservaba todo su poder deteriorante a lo largo del tiempo.

En el campo estrictamente médico se considera que la presencia de la ansiedad en la situación pre-quirúrgica desaparece con la ayuda de anestésicos. Sin embargo, esto no quiere decir que desaparezca también del inconsciente. Además, la ansiedad es extensible a cualquier tipo de hospitalización, sea cual sea la razón de ella, y por dicho motivo la fantasía de la operación a menudo se hace presente en la mente de cualquier niño hospitalizado.

La utilidad de la preparación quirúrgica en el niño radica en lograr una verdadera comprensión de algo desconocido y temible para él: la operación. Y en la posibilidad de ayudarlo a verbalizar sus temores y ansiedades sobre la misma.

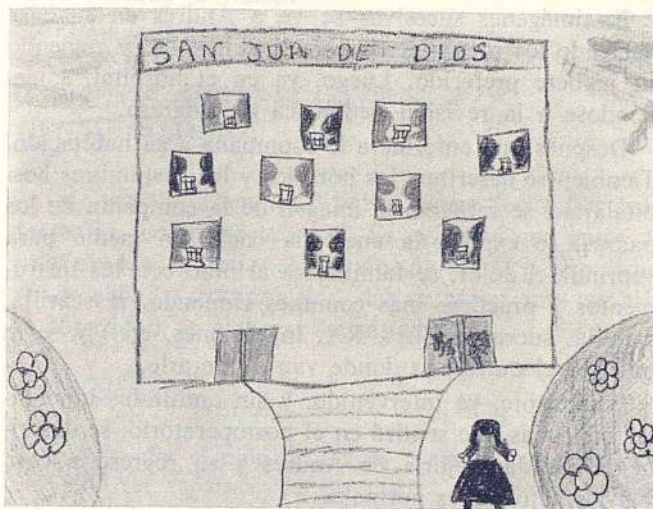
Para dar respuesta a esta necesidad se inició en el hospital de Barcelona, en el año 1974, el Programa de Psicoprofilaxis de la Intervención Quirúrgica, cuya realización y coordinación ha corrido íntegramente a cargo del equipo de asistentes sociales del Servicio.

Desde la creación del Departamento de Trabajo Social, el tema ha suscitado un gran interés entre los distintos profesionales del mismo. Recordemos que el

NOTA. Los dibujos que ilustran este artículo han sido realizados por niños asistentes a una sesión de preparación.

número 146 (págs. 179 y sig.) de LABOR HOSPITALARIA año 1972 publicaba la tesina de la asistente social Fidencia Foz —dirigida por la también asistente social Glòria Rubiol— que trataba sobre «Preparación del niño ante la hospitalización o procedimiento quirúrgico».

Más adelante (1974) nuestra compañera Rosa Florensa visitó en EE.UU. varios hospitales que realizaban programas de Preparación Quirúrgica. Fue a través de dichos contactos profesionales que obtuvo amplia información sobre el tema, así como material audiovisual que sirvió de pauta para la elaboración de nuestro programa.



Mientras tanto, la preparación de los niños se hacía de forma individual.

Finalmente, en noviembre de 1979 empezó el programa actual al que vamos a referirnos a continuación.

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

### Respecto al niño

— *Darle una información realista y proporcionada a su capacidad de comprensión sobre lo que va a vivir en el Hospital mientras permanezca en él, con el fin de evitar la aparición de fantasías anormales ante el hecho desconocido y traumático de la operación.*

— *Ofrecerle información sobre su cuerpo y la intervención a practicarle.*

— *Fomentar la verbalización de sus preocupaciones y falsos conceptos sobre la intervención, mediante el juego con fonendos, mascarillas, gorros, etcétera, y la expresión gráfica.*

— *Dirigir su atención hacia las técnicas que se van a emplear con él con el fin de que se familiarice con los instrumentos.*

### Respecto a los padres

— *Sensibilizarles sobre la importancia de una adecuada preparación del niño durante los días que faltan para la intervención y de que ellos son las personas más idóneas para realizarla.*

— *Dar orientaciones y pautas de actuación para lograrlo eficazmente.*

— *Detectar sus ansiedades básicas y, mediante una correcta información, tranquilizarlos.*

— *Hacerles responsables de su control emocional frente al niño ya que éste basa su seguridad en la que sus padres le infunden.*

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA

Como aspectos previos a la sesión podemos considerar los siguientes:

### Medios materiales

— Local para efectuar la sesión que deberá estar dotado de megafonía.

— Aparatos de grabación y proyección.

— Invitaciones y cartas.

— Material fungible para el juego de los niños (cartulinas, ceras, mascarillas, gorros, etc.).

### Medios personales

— Un ATS que colabore en el coloquio.

— Un asistente social que, además de aportar su colaboración en la sesión, realice tareas de supervisión y coordinación tales como contactos interprofesionales, reuniones, investigación, etc.

— Un auxiliar administrativo que cuide del envío de cartas e invitaciones y en la recepción y acomodación de los asistentes al programa el día de la sesión.

### Invitación a los padres

Para obtener información de los niños que van a ser intervenidos en la fecha convenida, cada semana el Centro de Datos del hospital deberá proporcionar un listado en el que figuren los nombres y apellidos de los niños, así como su dirección, edad (éstas oscilan de los 3 a los 12 años) y tipo de intervención a practicar.

A los padres se les envía una carta en la que se les explica la importancia de una adecuada información al niño, cuyo texto transcribimos:

«Apreciados padres:

Su hijo va a ser operado próximamente. Este hecho puede ser motivo de preocupación tanto para él como para ustedes.

Está demostrado que los niños que ingresan para una intervención quirúrgica, si están bien informa-

dos sobre este acontecimiento, se muestran más tranquilos durante todo el proceso hospitalario e incluso después de éste, ya que si han tenido alguna experiencia negativa la superan más deprisa.

Por esta razón, el equipo médico y asistencial que cuidará a su hijo durante el internamiento, ha realizado un programa de Preparación Quirúrgica, dirigido a dar información adecuada al niño de lo que vivirá durante los días que permanecerá en el hospital.

En la sesión de preparación, a la que tenemos el gusto de invitarles, se proyectará un audiovisual seguido de un coloquio. Ustedes tendrán la oportunidad de hacer las preguntas que deseen. Pueden asistir acompañados de otros hijos. Les recomendamos la asistencia.

Cordialmente.»



Se acompaña a la carta de motivación una tarjeta de invitación.

## DESARROLLO DE LA SESION

La sesión consta de los siguientes apartados:

### Presentación

El asistente social hace una breve presentación suya y del ATS que también va a intervenir. Asimismo ex-

plica los objetivos del programa, su necesidad y cómo se va a desarrollar la sesión.

Es importante que desde el principio ambos profesionales establezcan una relación de simpatía con todo el público infantil, con el fin de que éste se familiarice con ellos.

De esta forma se desdramatiza la relación futura que el niño va a tener con sus cuidadores.

### Proyección del audiovisual «Historia de Andrés»

La narración consiste en explicar lo que sucede a un niño (Andrés) que acude al hospital para ser operado.

En imágenes sucesivas se ve a Andrés en su casa haciendo los preparativos para ir al hospital y cogiendo su juguete preferido. Luego, ya en el hospital, sometido a la revisión pediátrica del ingreso.

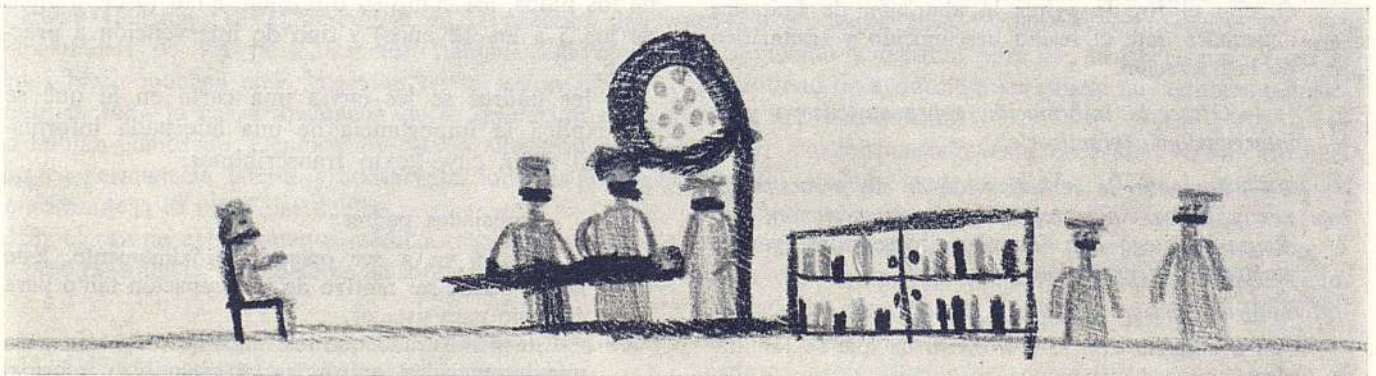
Después una enfermera lo acompaña a su habitación. También se describen los horarios y las costumbres hospitalarias, se refuerza la imagen de la compañía de los padres, se explica la anestesia como un medio para suprimir el dolor, se familiariza al niño con los instrumentos y prácticas más comunes (fonendo, mascarilla, camilla, suero, análisis, RX, inyecciones, etc.) y se le muestra el quirófano donde van a operarle.

Finalmente, ya intervenido, y sin omitir las inherentes molestias que sentirá en el postoperatorio, se describe la rápida mejoría de Andrés y su regreso a casa y a las actividades normales.

### Animación del coloquio

Son múltiples los aspectos a tener en cuenta en la animación del coloquio y su acertado manejo constituye evidentemente la base de la preparación que se pretende realizar.

Recordemos que el programa no sólo se dirige a niños sino también a los padres. Por tanto, los animadores del coloquio deberán ser muy receptivos a los intereses y necesidades de ambos grupos. También son diferentes, aunque complementarios, los roles que desempeñan el ATS y el asistente social que participan



en la sesión. En los primeros, los centros de interés más importantes son la información de los aspectos paramédicos y asistenciales y el deseo de que el enfermo y la familia se adapte todo lo posible al centro. Por su parte, el asistente social incide más en los aspectos emocionales del niño y está atento a las angustias que afloran durante la sesión (niños que lloran, que se inquietan, que quieren irse, etc.) y procura que se manifiesten las ansiedades latentes (niños inhibidos, hiperconformistas, que no participan en los juegos, los *valientes*, etc.).

A los padres se les anima a que, una vez en casa, hablen con el niño de la intervención y se aseguren de que éste ha comprendido la información que se le ha dado durante la sesión.

### ASPECTOS DIFERENCIALES DEL AUDITORIO

Un aspecto diferencial básico entre los niños asistentes lo constituye la *edad*. Es evidente que entre un niño de 4 años y uno de 11, no sólo varía la capacidad de atención y comprensión del mensaje sino también la capacidad de elaborar la ansiedad.

Por ejemplo:

— En el niño menor de 5 años la preocupación de ser separado de sus padres, representa para él una amenaza de pérdida de identidad.

— Para el niño de 5 a 10 años —por coincidir con el período psicosexual del desarrollo—, lo constituye la amenaza de mutilación, es decir, miedo a que la operación pueda cambiarle.

— Por último, en el niño de 10 a 14 años, el aspecto temido normalmente viene representado por la posibilidad de que no pueda controlar sus impulsos debido a la anestesia.

Podría parecer lógico que uno de los centros de más preocupación para el niño fuese el *tipo de intervención* a realizarle. Sin embargo, según Dombro (1970), «es interesante comprobar que el grado de miedo y aprensión tiene poco que ver con la importancia de la operación: un niño que está a punto de sufrir una extracción dental puede tener mucha más ansiedad sobre ella que otro que va a ser sometido a cirugía cardíaca correctiva».

Como ya se ha dicho anteriormente ante una operación los niños reaccionan de muchas maneras: hiperconformidad, fugas, agitación, ansiedad, comportamiento agresivo, respuestas dilatadas, etc.

La hiperconformidad es un tipo de respuesta en la que el niño responde a la operación con jovialidad y una falta inapropiada de preocupación. Demuestra que la situación no le preocupa en absoluto mientras que

en realidad ocultará un trauma latente porque esconde la reacción apropiada por miedo o culpa.

La fuga y depresión son las reacciones más comunes en separaciones largas del niño y sus padres. Es muy significativo cuando esto ocurre en el primer año de vida. Hay casos en los cuales estas condiciones han causado daño psicológico intelectual, social y emocional severo y a menudo irreversible.

Ansiedad, agitación y comportamiento agresivo pueden ser respuestas directas y aun apropiadas a una situación rara y temible. El grado en que se presenta esta respuesta debe ser proporcionado al grado de atención para el niño, y debería preocupar la falta de dicha proporción. Por otra parte una ansiedad desproporcionada es una indicación de demasiada tensión o de algo que le había ocurrido anteriormente al niño.

Otro aspecto importante a considerar es el lenguaje que deben utilizar los animadores del coloquio, ya que tanto los padres como los niños pueden sentirse confundidos con el argot médico y como consecuencia automarginarse del mismo. Por tanto conviene utilizar un vocabulario familiar y directo que ayude a crear una relación empática que provoque comunicación. En este sentido suele ser útil empezar el coloquio preguntando a los niños su nombre, tipo de operación, etcétera.

También es importante tener en cuenta que en mensajes de especial carga emocional para el niño, conviene seleccionar las palabras: decir *abrir* en lugar de *cortar*, y tratar de dar una significación positiva a algunas restricciones inherentes al proceso quirúrgico que se le van a imponer (inmovilidad, ayuno, etc.) y en el caso de los adolescentes al dominio del propio cuerpo o a la experiencia nueva y enriquecedora que vivirán.

A lo largo de la sesión irán surgiendo intervenciones de todo tipo; las ideas distorsionadas sobre el proceso quirúrgico deben ser aclaradas de inmediato ya que el niño (y aun los mismos padres) en ocasiones, al no saber bien lo que va a ocurrir, imaginan cosas peores que las reales. (Por ejemplo los padres de un niño estrábico creyeron que durante la intervención se practicaría una enucleación del ojo transitoria).

Ocurre en ocasiones que un niño se pone a llorar. Es importante que se interprete delante del grupo reunido la angustia del pequeño y que se le ayude a verbalizar el motivo de su preocupación. Podrá aprovecharse el momento para decir a los demás padres que el hecho de que su hijo no llore, no significa que no esté angustiado.

Asimismo el niño debe tener la oportunidad de familiarizarse con el material y los instrumentos médicos. Esto le permitirá comprobar que no son tan terribles como se había imaginado. Se invita a los niños a que hagan uso de dichos instrumentos constituyendo para ellos una novedad y un juego interesante, por ejemplo, auscultar con el fonendo los latidos del corazón.

Un motivo de representación simbólica muy enrique-



cedora lo constituye el dibujo. Se ofrece a los niños la posibilidad de expresar sus vivencias sobre las explicaciones recibidas, realizando un dibujo que luego comentan delante de los demás niños asistentes.

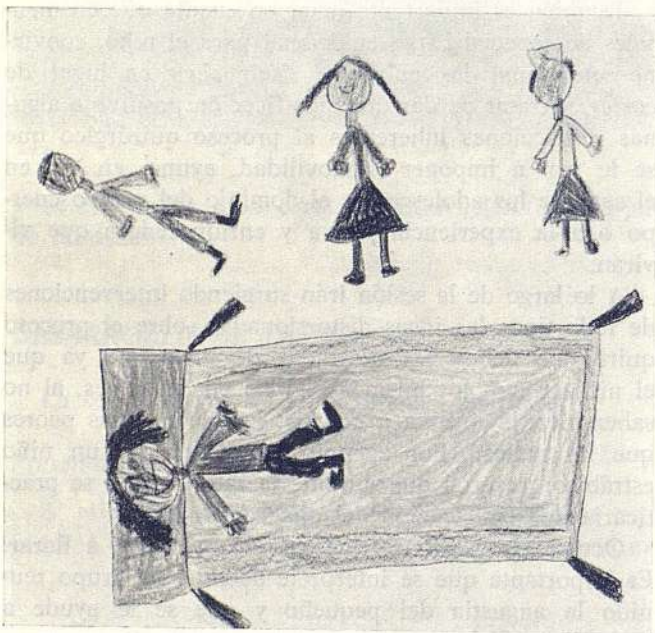
### CLAVES DE INFORMACION

Se procura respetar los intereses y centros de preocupación de niños y adultos participantes, divulgando una serie de mensajes elementales y sencillos, fundamentados en la experiencia profesional de médicos, psiquiatras, asistentes sociales, cuidadores pediátricos, etc., de hospitales de otros países.

Destacamos por su importancia los siguientes apartados:

— *Ni él ni nadie tiene la culpa de que tengan que operarle, y que no es un castigo.*

— Al hacer los preparativos en casa, animar al niño a que deje las cosas bien ordenadas para su regreso, haciéndole ver que *será pronto*. (Si realmente es así como va a ocurrir).



— Al preparar cuidadosamente la maleta, tener en cuenta los juguetes, especialmente el *objeto tranquilizador*.

— Explicar que cada día en el Hospital operan a muchos niños. Por tanto, *los médicos y las enfermeras tienen mucha experiencia*.

— Que cuando llegue al Hospital, comprobarán si está en condiciones para ser operado y le pondrán una pulsera con su nombre, así *todos los que van a cuidarle sabrán cómo se llama*.

— Que podrá tener *siempre la compañía de los padres*.

— Al hablarle de la operación, es importante *señalarle la parte del cuerpo en donde se la harán* y asegurarle que ninguna otra parte será dañada y *que después no será diferente* que antes de operarse. Si la operación va a producir un cambio importante (amputación, etc.), se le hará ver su necesidad y se animará a los padres a que le refuercen sus manifestaciones de afecto y aliento.

— *Decirle siempre la verdad* evitando cualquier método de engaño o violencia. Tampoco es conveniente silenciar el dolor que sentirá; en cambio debe ponerse el acento en que será por poco tiempo y que luego se encontrará mucho mejor.

— Que al quirófano irá en camilla acompañado solamente de un enfermero, pero que *sus padres esperarán su regreso* en la habitación.

— Que el propósito de la *anestesia es aliviar el dolor* y que produce un *sueño especial* del que despertará completamente después de la operación.

### EVALUACION DEL PROGRAMA

Hasta el momento se han realizado 55 sesiones informativas con una asistencia de un total de 522 niños (acompañados naturalmente de sus familiares), por cuyo motivo se ha considerado necesario evaluar lo realizado hasta el momento.

Nuestra reflexión se ha planteado a dos niveles: el usuario y el equipo interprofesional que directa o indirectamente colabora en el programa.

#### Respecto al usuario

Mediante el envío de 150 cuestionarios a familias de niños que habían sido preparados, de los cuales hemos obtenido 73 respuestas, hemos podido evaluar los siguientes aspectos:

— *El sistema de invitación como condicionante a la asistencia a las sesiones informativas*. Inicialmente se invitaba a las familias al programar el ingreso en el Departamento de Admisión donde les explicaban la necesidad de acudir a la sesión preparatoria. La experiencia demostró que las familias en aquel momento estaban excesivamente preocupadas en los trámites administrativos y no tomaban en cuenta la sugerencia, tanto es así, que al ser preguntados posteriormente ignoraban la existencia del programa.

Esto dio lugar a que propusiéramos a la Dirección del Hospital que la Invitación se enviase por correo acompañada de una carta firmada por el Director Médico. La respuesta fue concluyente en cuanto al número de asistentes que pasó del 5 al 40 %.

— *El medio de transporte empleado por los asistentes es otro indicador muy significativo.* Efectivamente, una gran mayoría de las familias que acuden a la sesión utilizan vehículo propio. El resto se sirve de transporte público y algunos se ven precisados a utilizar dos o tres medios de locomoción.

— *El grado de comprensión según la edad.* El grado de comprensión de los mensajes emitidos a los niños corrobora que a partir de los 5 años una gran mayoría han entendido BIEN las explicaciones recibidas, en cambio, de 3 a 5 años, han entendido poco las explicaciones.

— *Otro dato importante* lo constituye la constatación de que las *expectativas* creadas durante la sesión sobre todo el proceso hospitalario *coinciden con la realidad* que luego han vivido.

— *El grado de utilidad* de la sesión es valorada por todos como de muy positiva.

— *El grado de sensibilización de los asistentes al programa.* Es evidente que las familias concurrentes por el hecho de asistir a la sesión ya demuestran su interés por el tema. Las respuestas recibidas corroboran esta impresión, ya que casi todas ellas coinciden en la opinión de que el programa es muy interesante y pone de manifiesto la inquietud humanizadora del Hospital. Además proporciona una mayor información sobre la normativa del centro, lo que repercute en un mayor grado de satisfacción del usuario.

— *Aspectos de las diapositivas que han suscitado más interés.* Las respuestas abarcan todas las secuencias de la proyección, lo que pone de manifiesto que el interés de los niños pasa por todas las imágenes que se pretenden fijar, con una relativa acentuación en aquellos que se refieren a momentos de especial carga emocional (cuando Andrés se va solo en la camilla, la anestesia, el quirófano, etcétera.).

### *Sugerencias recibidas*

El abanico de recomendaciones que las familias proponen para mejorar el programa es muy diverso y en todos los casos ha merecido nuestra simpatía y atención. Sin embargo, es evidente que determinadas propuestas no son susceptibles de ser llevadas a la práctica.

Valoramos especialmente las que hacen referencia a los medios audiovisuales y a los aspectos asistenciales.

En cuanto a los primeros, algunos consultados apuntan la conveniencia de que en lugar de imágenes fijas se proyecte una película con dibujos animados. (Nosotros preferimos la imagen fija porque el niño la retiene más en la memoria). También sugieren que la voz en off sea femenina en lugar de masculina, que la narración se efectúe en primera persona, que se realicen programas distintos atendiendo a dos grupos de edades diferenciadas, etc.

En cuanto a los aspectos asistenciales, en ocasiones las sugerencias ponen de manifiesto algunos déficits en la asistencia recibida, por ejemplo que se reduzcan los tiempos de espera en la antesala del quirófano, que se procure que los niños no vean el regreso de otros niños ya intervenidos, que después de la operación se dé información sobre la misma, etc. Finalmente, un importante número de familias muestra su agradecimiento y complacencia por el programa y nos estimulan a que continuemos haciéndolo, asegurándonos su eficacia (familiares de niños reintervenidos han constatado diferencias entre ambas cuando la preparación ha tenido lugar sólo en la segunda intervención. En este caso el niño ha ido mucho más tranquilo).

### *Respecto al equipo interprofesional*

Con los colaboradores directos del programa (ATS) se han efectuado repetidas reuniones para evaluar en su conjunto las sesiones realizadas poniéndose de manifiesto:

- 1.º Necesidad de mejorar el audiovisual.
- 2.º Crear códigos de información para evitar repeticiones o contradicciones en el curso del coloquio.
- 3.º Cuidar especialmente el léxico.
- 4.º Suprimir algunos mensajes e introducir otros.

*Respecto a los colaboradores indirectos del programa* (equipo de psiquiatría y psicología, cirugía, etc.) se han realizado diversas reuniones y entrevistas a nivel consultivo y evaluativo. Con el equipo de psiquiatría y psicología se ha revisado el guión y proyectado las diapositivas. Se ha aportado asimismo casuística para su interpretación, estableciéndose para lo sucesivo a título consultivo la colaboración de un psicólogo (sesiones periódicas de supervisión) y para los casos de especial angustia —niños o padres— la oportuna derivación.

Por lo que respecta al equipo de cirugía también se han mantenido diversos contactos, y solicitado información sobre determinadas intervenciones, posibles alteraciones momentáneas, etc., con el fin de ampliar nuestros conocimientos sobre dichos aspectos.

Por su parte los cirujanos han valorado de muy positivo el programa observando una gran diferencia entre las reacciones de los niños que han sido previamente preparados y los que no lo han sido, ya que los primeros se muestran más relajados ante el acto quirúrgico.

### *PERSPECTIVAS*

Sobre la base de la experiencia obtenida hasta ahora en el curso de las sesiones realizadas, de las consultas

hechas a familiares de niños intervenidos y los contactos interprofesionales a que antes hemos hecho mención, nuestro interés se centra en:

— Mejorar los aspectos técnicos del material audiovisual en lo que hace referencia a la calidad de la imagen y del contenido de los mensajes. Para ello se ha puesto a punto un nuevo audiovisual cuyas principales modificaciones consisten en: que la narración de los aspectos más relevantes las hace el protagonista, en la introducción de escenas humanizadoras del hospital y en la «despenalización» de la operación en general.

— Conjuntamente con el servicio de psicología, realizar una investigación que nos ayude a profundizar las ansiedades básicas de los niños que deben ser operados con la finalidad de hacer una mejor psicoprofilaxis.

En un sentido más amplio nuestra aspiración radica en extender al mayor número de niños la preparación quirúrgica, ya que los que no asisten al programa son posiblemente aquellos que sus padres no valoran la misma y por dicha causa van a la operación menos preparados. La dificultad de llegar a estos niños es realmente grande.

Finalmente, nuestros esfuerzos apuntan hacia una mayor sensibilización del personal médico y asistencial respecto a la psicoprofilaxis de la intervención e incluso de cualquier tipo de hospitalización. Creemos que los contactos profesionales que se van realizando coadyu-

van este intento y que el programa, globalmente considerado, es una modesta aportación para lograrlo.

## RESUMEN

Desde el punto de vista de asistentes sociales del campo sanitario consideramos que el programa de «*Psicoprofilaxis a la Preparación Quirúrgica*», constituye en sí mismo una posibilidad de trabajo nueva, útil y atrayente. Nueva, porque no conocemos la existencia de ningún hospital en nuestro país que realice este tipo de preparación (consultados varios Hospitales Pediátricos y Generales se evidencia que no se lleva a la práctica ningún programa parecido). Util, porque tenemos la convicción de que incidimos, aunque modesta, positivamente, en la higiene mental de los niños y de los padres participantes. Atrayente, porque el grado de aceptación del programa por parte de sus receptores —niños y padres— nos estimula en nuestro rol profesional.

Es por ello que al proponerlo a los lectores de *LABOR HOSPITALARIA* como primicia de nuestra experiencia, invitamos a los interesados en el tema a aportar sugerencias sobre el mismo.

JOSEFINA BASSETS y CRISTINA BATLLE

Asistentes Sociales

# EL DOLOR HACE QUE LAS PALABRAS SEAN INÚTILES

---

«Testimoni», revista de información, que se publica en Bolonia, Italia, trae en sus páginas la experiencia vivida por un enfermo en un hospital que, por su interés, insertamos a continuación.

---

## MATRICULA EN LA ESCUELA DEL DOLOR

Cuando, en las primeras horas del año 1970, me matriculé en la escuela del dolor, no sabía aún lo que significaba convivir con el sufrimiento. Yo conocía solamente lo que todos saben: el dolor provocado por una espina en un dedo, un dolor de cabeza, el dolor de un adiós o de una desilusión, de una caída, etc.

Si alguno de estos tipos de dolor llegó a crearme algún problema, se trató de algo pasajero. Yo sabía, como todos, el modo de *matar* al dolor, una compresa, una medicina, un poco de paciencia y todo pasaría. Pero la experiencia que tenía del sufrimiento era bien poca. Baste decir que nunca había tenido que estar en una cama de hospital. Sin duda, había entrado varias veces en un hospital para visitar a amigos. Había visto enfermos graves que entraban llorando y salían algún tiempo después sonriendo y cantando a la vida. En cambio, sabía de otros que entraron, y después de muchos sufrimientos, salieron para ir al cementerio.

En las primeras horas del año 1970 fui recogido en el arcén de una carretera y trasladado, sin sentido, a la *Santa Casa*. Días después, todavía antes de estar plenamente consciente de la gravedad de mi mal, antes aún del dolor físico, experimenté el otro lado del sufrimiento: me di cuenta de que aquella *Santa Casa* no era tan santa. Un médico me interrogó.

## ME HABIA CONVERTIDO EN EL NUMERO 97

Aunque estaba todavía traumatizado por el accidente de automóvil y medio aturdido por las medicinas que tomaba, recuerdo que, después de haberme interrogado, el médico pronunció mi nombre, alejándose algunos metros de la cama, y había dicho algo al oído de la enfermera. Después, volviéndose hacia mí, pronunció el número 97. Se trataba del número colgado a la ca-

becera de mi cama. Comprendí que desde ese momento en adelante yo sería un número de una cama de hospital. El destino había pasado una esponja sobre mi identidad: todo lo que yo era, todo lo que había sido, lo que quería ser había quedado al otro lado de aquel número.

El médico y la enfermera me dijeron que descansara, que durmiera, y me dejaron solo. Quise hacerlo, pero sin conseguirlo. Después me di cuenta de que no estaba solo; tenía un compañero, el sufrimiento.

Sufrimiento físico, ante todo; y sufrimiento psíquico, moral, espiritual, al saber que nunca más, por todo el resto de mi vida, habría podido andar.

Sería un número destinado a aumentar las estadísticas de los paraplégicos declarados inválidos, empujado al margen de la vida. Y el temor de tener que vivir con esta compañía empezó a convertirse en desesperación dentro de mí.

Los primeros meses transcurrieron con una lentitud exasperante: me parecían siglos. Las heridas del cuerpo eran medicadas. A medida que algunas de ellas se iban cicatrizando los médicos y las enfermeras sonreían y anunciaban como bastante próxima la salida del hospital. Me decían: «Padre, sólo algunos meses más y se verá libre de nosotros».

Me empaquetarían en una silla de ruedas y me enviarían a un centro de fisioterapia. Aquí sería adiestrado para recibir un *permiso* que me permitiría conducir... ¡una silla de ruedas!

## CREI VOLVERME LOCO

Tenía 33 años y frente a mí la perspectiva de vivir el resto de mi vida con el sufrimiento sobre una silla de ruedas. Creí volverme loco.

La sonrisa había desaparecido; un peso me oprimía el corazón. No tenía el valor de dar las gracias por

la menor amabilidad. Ninguna palabra servía para consolarme. Sólo deseaba estar en la cama olvidado, en un rincón de la enfermería, replegado sobre mí y pensando tan sólo en mi dolor. Los meses transcurrían lentamente y me parecía encontrar alivio al razonar: si cada mes hubiese correspondido a un año, algunas docenas de meses habrían hecho de mí un viejecito en una casa de reposo... y entonces sería trasladado a otra cama, en cualquier lugar lejano, bien lejano del espectro que para mí representaba esta absurda tarjeta de visita: una silla de ruedas.

¿El sufrimiento físico? Iba aguantando hasta que era capaz de soportarlo. Cuando ya no podía más, bastaba con tocar un timbre. En seguida venía una enfermera: una inyección, una medicina y todo pasaba.

Pero el calvario más duro era el del horario de las visitas, todos los días de las 14 a las 16. Además de mis hermanos religiosos, venían los amigos que repetían siempre la misma pregunta: «¿Cómo está, padre Hilario?», y después muchos otros. Y otros, desconocidos, que venían a visitar a sus familiares. Oían decir que había un sacerdote famoso minusválido y querían verlo. Pedían informaciones. La respuesta del funcionario del hospital era siempre la misma: «¡Es aquel del número 97!». Y aquí llegaban los visitantes que querían saber: «¿Cómo ocurrió el accidente?»; «¡Qué disgusto padre, aún tan joven!»; «¡Qué padre tan bueno!, ¡qué padre tan simpático!».

Pues bien, queridos lectores; a veces conseguía enganarles. Intentaba sonreír, fingía hacerlo. Algunas madres, desesperadas, me pedían que visitara a sus hijos, en la enfermería contigua. Otras, que rezara por su marido, que debía ser operado. Muchos, al ser dados de alta, me pedían la bendición.

### HABIA PERDIDO LA VOLUNTAD DE VIVIR

La paraplejia invadió el 90 % de mi cuerpo y me privó de la sensibilidad y la capacidad motriz. Sólo me había quedado la fuerza de los brazos. Peor todavía: me había quitado la voluntad de ser; la voluntad de vivir. La declaración de *inválido* a los 33 años, prácticamente invalidaba todos mis títulos y diplomas. Todo quedaba sepultado tras el número 97. ¿Cómo podía olvidarme de todo y aceptar la vocación de ser sacerdote parapléjico, *inválido*, portador de un número, del número 97? Angustiado y trastornado, ya no me gustaba que me llamasen *padre*. E incluso discutía cuando algunos amigos insistían en llamarme padre. A veces, pasando la mano sobre mi cabeza, me decían: «Animo, tenga usted fe. ¡El Señor puede hacer un milagro!». Debo decir que un rayo de esperanza me hacía sonreír.

Desilusionado de los médicos, cansado de la permanencia tan larga en el hospital, aterrorizado por la única salida que me quedaba, una silla de ruedas, reuní los restos de fe y de esperanza que me quedaban e hice

del Señor... un médico. Me dirigí a El y le recé poco más o menos así: «Padre mío, omnipotente, devuélveme la fuerza de mis piernas y yo caminaré sólo por tus caminos; seré el sacerdote más santo que tú puedas tener en este país, pero devuélveme la fuerza de mis piernas».

### ME HABIA VUELTO REBELDE

Habían transcurrido 12 años desde el accidente y el gran Médico aún no había fijado la cita para la visita.

Pero algún tiempo después llegué a comprender una cosa muy importante: comprendí que lo que yo deseaba, en realidad, era que se hiciese mi voluntad y no la de Dios. Hoy, una de las oraciones que me gusta rezar es ésta: «Hágase tu voluntad, así». Puedo decir, que muchas veces, al pronunciar estas palabras, añado una sonrisa con una pizca de alegría. También el Padre celestial debe sonreír recordando el negocio que le había propuesto en una especie de intercambio emotivo.

Hasta el final de 1970, todavía en el hospital, seguí siendo *rebelde*. Contra todo y contra todos. Hasta contra los médicos que habían diagnosticado como irreversible mi trauma en la médula y por esa razón no me habían operado. Y empezaba a volverme rebelde también contra el Médico-Dios. Yo pensaba que había entrado en el hospital como un sacerdote, famoso por la apertura, la alegría, la creatividad, la originalidad de los artículos que escribía y *famoso* sobre todo por la bondad. En pocas semanas de internamiento, después de haber tenido la confirmación de que ya no volvería a caminar, me había hecho famoso por la *rebelión*. Verdaderamente, me había convertido en un rebelde: impaciente, exigente, irritable, intratable, revoltoso...

Todo lo que había sido quedaba al otro lado del número 97. Una madre, viéndome tan triste y angustiado, dijo a otra que estaba a su lado: «Es una suerte que la madre del padre Hilario haya muerto antes de este desastre... Habría sufrido mucho si hubiese visto a su hijo en estas condiciones». En otra ocasión, un grupo de profesores vino a visitarme. Viéndome así, uno de ellos comentó: «¡Qué lástima, haber perdido al padre Hilario de este modo sobre el asfalto!». Y un pastor protestante dijo: «Lo peor es que aquí en el hospital está perdiendo la cabeza».

Todo esto empezaba a preocuparme. Y algún tiempo después me asusté aún más. Un eclesiástico, al que consideraré siempre como un hermano y maestro (prefero callar su nombre, pues aquel día se me apareció como un *Dios-mudo*, un Dios que no necesita palabras para comunicarse) escuchó con paciencia mis lamentaciones, mi indignación, la crítica contra otros eclesiásticos que preferían verme antes como cura que ayudarme a ser hombre. Me escuchó y después, sin darle importancia, me dijo: «Todo lo que quisiera decirle

se encuentra aquí, en un pequeño fragmento de la Biblia que he señalado para usted. Cuando esté calorado, léalo». Y me dejó la Biblia, con una señal, sobre la almohada. Me dio la bendición y se fue.

### EL TEMOR DE LLEGAR A SER COMO LA HIGUERA ESTERIL

Cuando me di cuenta de lo que estaba escrito en aquel fragmento, me asusté. Era el fragmento de la higuera estéril, del encuentro de Jesús con un árbol de fruto, de Jesús que tenía hambre y no había encontrado en aquel árbol ningún fruto para saciarse. Un árbol nacido no sólo para dar sombra sino también para producir frutos. En aquel momento la higuera estéril tenía un nombre; Hilario. Me sobresalté. Como hombre me asusté. Como sacerdote estaba horrorizado. Entre aquellas frases del Evangelio, una me impresionó más: aquella en la que Jesús condena la esterilidad: «Que nadie pueda comer nunca más tus frutos».

A partir de aquel día, uno de los temores que más me estimula para trabajar es el miedo de secarme como la higuera que, maldita por el Señor, no dio nunca más sus frutos a nadie. El temor de encontrarme un día, bajo el aspecto de un ser humano, a este Cristo hambriento que me dice: «Hilario, sacerdote mío, ¡que nadie tenga nunca más necesidad de ti!». Se trata de un temor que tengo miedo de perder. Ha sido el miedo que sigue asustándome, sobre todo cuando el hombre-sacerdote que hay en mí debe encararse con el sacerdote-hombre parapléjico que no quiere ser.

El día en que el Dios-médico se dignó visitarme en la médula espinal empecé a comprender que El estaba auscultando mi capacidad de sufrir: me estaba examinando. Creo que me pedía que trabajase, a pesar del sufrimiento. Que demostrase mi valor, a pesar de la invalidez. Que ganase el pan para mí y para los demás con el sudor de la frente, a pesar de la silla de ruedas. Empecé a comprender desde aquel momento que no debía ser un parásito de los hombres ni de Dios.

### EL EVANGELIO Y LA CRUZ

A pesar de estar sufriendo, empecé a trabajar. Busqué en el Evangelio una explicación del dolor. Encontré un Cristo que sufría dolores físicos y morales, desde

la gruta de Belén hasta el madero de la Cruz. Un Cristo que hablaba de cosas importantes a muchas gentes. Un Cristo que explicaba muchas cosas importantes. Pero, respecto al dolor, me parece que, si dijo algo, apenas habló, sin explicar los detalles. En mi sufrimiento me pareció que iba aún más lejos, frente a este Cristo mudo. A este respecto, varios maestros habían dicho mucho más. Comparando lo que me decían con lo que siempre he advertido en el sufrimiento, he comprendido esto; «hay una cruz clavada en aquel que camina hacia Dios».

Esta es la diferencia: Cristo, hijo de Dios, fue clavado en la Cruz. Sufrió. Todos aquellos que aman a Dios, todas las personas a las cuales Dios ama, llevan un pedacito de aquella cruz clavado en su cuerpo. O en su alma. O en ambos. Y descubren la fuerza misteriosa de la cruz.

En mis constantes viajes a través del Brasil he encontrado a muchos colegas minusválidos, con extrema dificultad de locomoción. Y sin embargo, a pesar de todo, por haber aceptado con fe sus propias cruces, conviven pacíficamente con el sufrimiento y se muestran personas abiertas, alegres, libres y caminan hacia Dios con un vigor tan grande que dan envidia a los más fuertes, físicamente hablando. Con sus obras (precisamente, porque trabajan) me han demostrado en la práctica lo que aprendí de los antiguos maestros. O sea que:

— Los sufrimientos hacen que las palabras sean inútiles.

— Aquel que sufre y acepta con fe sus propios dolores, en la medida en que estos aumentan, tiene siempre menos necesidad de las palabras.

— A la cabecera de los que sufren, no hacen falta muchas palabras.

Comprendí también la razón por la cual Cristo habló tan poco del sufrimiento, y si habló algo de él, no dio casi ninguna explicación. Y, a medida que iban aumentando sus sufrimientos físicos y morales, los fue mencionando menos. Desde el huerto de los olivos hasta el Calvario y su elevación en la cruz, pueden contarse las palabras que pronunció con los dedos de una mano.

En una visión de fe, se puede decir: el sufrimiento mayor es el de aquel que no valora el dolor. Además, si el sufrimiento no tuviera el valor que tiene, Cristo no lo habría aceptado. Es por mediación suya que él habla... Pero recordémoslo: el sufrimiento no tiene necesidad de palabras. El dolor es mudo. Es solo. Es todo.

# EL ROL DEL ENFERMERO PSIQUIATRICO

Exposición realizada por Rosette Poletti\*

## LA PROFESION DE ENFERMERO PSIQUIATRICO

La doctora Poletti nos aproximó al tema a través de una frase del filósofo francés Roger Garaudy en su libro *Palabras de Hombre*. La cita dice así: «El pasado es un campo de recuerdos y nostalgias, de cosas hechas, de actos cristalizados en objetos o en instituciones, mientras que el porvenir haz o conjunto de proyectos, de posibilidades, de esperanzas, de libertad, puesto que tenemos todavía que escoger entre las posibilidades o bien podemos crear otras. Entre el pasado y el porvenir estamos viviendo en el presente y somos los actores de esta metamorfosis entre lo que podría ser y lo que fue».

A través de esta frase, que pone de relieve el papel protagonista de los seres humanos en la construcción del futuro, la doctora Poletti dirigió nuestra atención hacia el enfoque histórico de la profesión de Enfermero Psiquiátrico, señalando ciertos momentos clave de esta historia, que a continuación resumiremos:

La función de cuidar a los niños, enfermos y desvalidos, estuvo inicialmente unida al papel de la mujer en la familia y en la tribu y, más tarde, fue realizada por hombres y mujeres abnegados que hicieron votos de servir a Dios y a su prójimo.

Las primeras escuelas de Enfermería fueron fundadas por el doctor Franz Megh, en Alemania, en los años 1782 y 1815. Es la primera persona que pone de relieve la importancia del papel del enfermero y sostiene que la calidad de los cuidados en enfermería no puede mejorar si los enfermeros no son respetados por sus superiores. Posteriormente, en 1860, se funda

en Londres la Escuela de Santo Tomás, dirigida por Florence Nightingale.

En el ámbito psiquiátrico, la situación varía mucho según los países: en Suiza los primeros cursos específicos de cuidados en enfermería psiquiátrica, aparecen hacia 1920-1930, mientras que, en Estados Unidos, ya en 1892 se abrió la primera escuela que preparaba Enfermeros en Psiquiatría.

En aquellos años, el papel psicológico del enfermero psiquiátrico era apenas reconocido y se reducía al sentido común y respeto por el enfermo. La tarea de los enfermeros estaba centrada en la aplicación de curas y tratamientos y en cuidar que los enfermos no se hicieran daño ni hicieran daño a los demás.

Pero, poco a poco, los criterios van cambiando gracias a la influencia de las ideas de Freud y otros y, a partir de 1960, comienza a considerarse realmente el papel psicoterapéutico de los enfermeros psiquiátricos y, en un sentido más amplio, comienzan a revisarse los conceptos clásicos sobre enfermedad mental. En la actualidad, el enfoque de enfermedad, tanto física como mental, es holístico (del griego *holos*, que quiere decir *ser total*).

En esta perspectiva, el ser humano «es un todo dinámico y complejo con aspectos biológicos, psicológicos, psicosociológicos y espirituales, que forma parte de un entorno sobre el cual está actuando y, a su vez, el entorno actúa sobre él».

Con esto, la expositora se introdujo de lleno en el moderno concepto de salud y, siguiendo a Margaret Newman, resumió los grandes cambios de la noción de salud en los siguientes puntos:

— Tanto la salud como la enfermedad son estados de equilibrio dinámico entre la persona y el entorno, equilibrio que no es nunca definitivo.

— La salud comprende fenómenos descritos, hasta ahora, como enfermedad o patología. En efecto, muchas personas que padecen enfermedades crónicas pueden vivir plena y armoniosamente y, a menudo, con total autonomía.

\* Rosette Poletti es Licenciada en Enfermería por la Universidad de Wayne. Especializada en Enfermería oncológica, tanatológica y psiquiátrica en la Universidad de California. Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad de Columbia. Directora de la Escuela de Enfermería del Bon Secours, Ginebra y Profesora de Cuidados de Enfermería de la Universidad de Ginebra. Autora de numerosas obras sobre su especialidad, entre ellas *Aspectos Psiquiátricos de los Cuidados de Enfermería*.

— La patología debe ser considerada como una manifestación de la vida total de la persona. La enfermedad es, ante todo, un *mensaje* que comunica algunos aspectos de la dinámica de la vida total de la persona, es una señal que hay que saber oír y comprender.

— Este aspecto dinámico está presente antes de la aparición de la enfermedad.

— La supresión de la patología no cambia forzosamente la dinámica de la vida global de la persona que puede estar en el origen de la enfermedad.

— La enfermedad puede ser, en un momento dado, la única forma de estar en el mundo; puede ser, para una determinada persona, en un momento determinado, lo que más se parece a la salud.

— La salud es un camino hacia el aumento del estado de conciencia, de lucidez y de armonía consigo mismo y con los demás, en el marco de referencia filosófico o religioso que hemos elegido.

A continuación, la doctora Poletti analizó la incidencia que tiene este enfoque actual de la salud-enfermedad sobre los cuidados de enfermería.

El objetivo fundamental de los cuidados en enfermería dijo: «es ayudar a la persona a enriquecer o reencontrar el estado de equilibrio dinámico que necesita para vivir». Y, en este sentido, no se dirigen los cuidados sólo a los enfermos sino también a los que se encuentran en buen estado de salud, con el objetivo de aumentar su bienestar, es decir, enriquecer su modo de estar en el mundo como ser total.

A la luz de esta nueva visión el papel del enfermero adquiere un nuevo relieve. La doctora Poletti se refirió con gran riqueza de contenido a las diversas facetas del nuevo papel del enfermero psiquiátrico. Resumiremos a continuación los puntos más importantes de este profundo cambio:

— Énfasis en la atención global del enfermo, no sólo en los aspectos instrumentales (aplicación de curas y tratamientos), sino, sobre todo, en los aspectos psicosociales y espirituales.

— Importancia del papel dinámico del enfermero en la relación con el paciente; ya no es un agente externo a la situación, sino que es uno de los polos de una relación bi-personal, capaz de crear una atmósfera humana en la cual el paciente pueda reencontrar la armonía y crecer.

— Importancia de la participación del enfermero en la vida cotidiana del paciente. Esto lo coloca en una posición privilegiada dentro del equipo para realizar aportaciones con vistas al diagnóstico, tratamiento y control de los hábitos del paciente.

— Énfasis en la relación bi-personal. Necesidad de que el enfermero sea responsable de su vida de rela-

ción. Ser responsable significa ser consciente de los propios contenidos psicológicos, comprender y aceptar las propias emociones y las de los demás, conocer los propios límites, tener el valor de ser uno mismo reconociendo al otro en su verdadera identidad. Con palabras de la doctora Poletti: «escuchar y oír es permitir al otro ser y curar».

— Aparición del papel pedagógico del enfermero psiquiátrico. Este papel comprende todo lo relativo a la información, ayuda y trasmisión de experiencia, tanto a los pacientes como a los alumnos y enfermeros menos experimentados.

— Relieve del papel de organizador y administrador.

Por último, la conferenciante analizó las repercusiones de este nuevo enfoque sobre los planes de formación. Expondremos de manera sintética, lo que ella señaló como nuevos criterios y exigencias:

— Necesidad de una formación de base amplia y sólida antes de comenzar la carrera.

— Exigencia de una formación técnico-científica adecuada durante la carrera, así como el complemento de una buena formación docente.

— Posibilidad de especializarse en cuidados de enfermería psiquiátrica y trabajar en su propio desarrollo a través de una u otra modalidad de la psicología humanista y beneficiarse de una supervisión en la relación con los pacientes que plantean problemas particulares.

La exposición de la doctora Poletti estuvo orientada a poner de relieve la importancia del papel del enfermero psiquiátrico en la actualidad, así como las exigencias y responsabilidades que este nuevo enfoque plantea. Como ella bien dijo en una de las frases finales de su conferencia: «se trata de un papel difícil, que no se inventa y de una contribución, que exige una preparación seria y una formación permanente y constante».

## COLOQUIO CON LOS GRUPOS

Gran parte de las preguntas giraron en torno al tema central de la conferencia: El rol del enfermero psiquiátrico. ¿Cuál es la amplitud y límites de ese rol dentro del equipo? ¿Cómo se define el *territorio* de cada profesional del equipo terapéutico? ¿Qué diferencias existen entre el papel del enfermero psiquiátrico en España y otros países más avanzados? Y, con especial interés, se le pidió aclaración a la doctora Poletti sobre una propuesta que había resultado muy novedosa: el posible rol autónomo del enfermero psiquiátrico en el futuro.

La expositora dijo que el papel del enfermero psiquiátrico está muy relacionado con la vida cotidiana



del paciente y que esto representa una excelente oportunidad para desarrollar una relación terapéutica. Este rol —dijo— «no tiene límites en altura, en todo caso está limitado por los lados. Cuanta más experiencia y conocimiento de sí mismo tenga el enfermero, más amplio puede ser su papel». En cuanto al *territorio* de los distintos profesionales del equipo, opinó que, según sus observaciones, mientras mejor formados estuvieran los distintos profesionales, menos problemas había de *territorio* y las relaciones se basaban en el respeto de unos por otros y en atribuir las funciones no por jerarquía sino por competencia. Dijo, asimismo, que ella no consideraba al enfermero un auxiliar del médico, sino un colaborador y que los roles de coordinación del equipo podían ser perfectamente optativos. Es decir que los enfermeros, si estaban debidamente preparados, podían asumir un papel de coordinación y animación del grupo y que esto ocurría, de hecho, en varios países. En cuanto al posible rol autónomo del enfermero explicó que esto era ya una realidad en algunos países (Estados Unidos, Inglaterra, Canadá) y podía serlo cada vez más. Esta función puede desarrollarse vinculada a alguna institución hospitalaria o extrahospitalaria o incluso, en el propio domicilio. Es un papel de consejero a los pacientes o sus familias en distintos aspectos psiquiátricos. Sin embargo, no es un trabajo aislado; el enfermero puede consultar o intercambiar ideas con un equipo, pero en cuanto a los cuidados de enfermería, tiene su autonomía. Terminó el tema aclarando que, en los países que esto ocurre, se trata de enfermeros con 6 años de estudios.

Otro tema que suscitó el interés de los participantes fue el nuevo concepto de salud: ¿Qué quiere decir que la enfermedad es lo más parecido a la salud? ¿Qué papel juega lo genético en esta nueva concepción de la enfermedad?

La doctora Poletti utilizó interesantes ejemplos para demostrar que la enfermedad puede ser la conducta más sana que un sujeto puede estructurar en un mo-

mento determinado. Con respecto a lo genético dijo que en la actualidad se entendía no como determinante, sino como gama de posibilidades entre las cuales el sujeto siempre puede hacer una elección. Lo importante es que cada persona encuentre las respuestas adecuadas para reaccionar ante los estímulos del entorno. El proceso terapéutico es, por tanto, un proceso de búsqueda de respuestas más adecuadas.

Los participantes se interesaron, también, por los aspectos emocionales de la relación enfermero-paciente: ¿Cómo aportar la parte humana sin exagerar la transferencia? ¿Cómo lograr esa auténtica aceptación de las emociones tanto de las propias como de las del paciente? ¿Hay técnicas específicas para lograrlo?

La conferenciante respondió que la transferencia siempre va a ocurrir, pero podemos controlarlas si cada día nos conocemos mejor y tratamos de atender realmente a las necesidades del paciente y no intentamos utilizarlo para desahogar nuestros afectos. Dijo, por último, que no existen técnicas precisas para lograrlo pero la formación psicológica es fundamental; formación que debe ser constante y debe contar con la posibilidad de experiencias de grupo y supervisión.

Finalmente se le pidió opinión a la doctora Poletti acerca de la influencia de los factores sociopolíticos sobre la posición del enfermero y sus posibilidades profesionales, y qué podía hacerse, según su parecer, para afianzar dicha posición.

A este respecto contestó que, sin duda, la influencia de los factores sociopolíticos sobre la posición del enfermero es decisiva y que, en este sentido, había mucho trabajo por hacer. En primer lugar, era necesario *investigar* para saber qué necesidades reales existen y de esa manera enfocar adecuadamente la profesión.

Además era necesario aproximarse a los temas económicos y financieros a fin de proponer planes viables y rentables. Y, sobre todo, era necesario *crear asociaciones* numerosas de enfermos, a fin de contar con un amplio sector de opinión.

# Pastoral hospitalaria

## PURIFICAR EL LENGUAJE SOBRE EL SUFRIMIENTO DE LOS HOMBRES

### DIOS Y EL SUFRIMIENTO

Sufrimientos de los hombres; inmensa secuela de dolores, de sangre y de desesperación a lo largo del curso de los siglos. Y nuestro siglo que acumula genocidios, matanzas de contrarios, totalitarismos según la escuela de los Lager soviéticos o argentinos. Constante piedra de escándalo para la fe en un Dios que se dice bueno u omnipotente. ¿No está él también escandalosamente comprometido en la posibilidad de tales sufrimientos? ¿Nos aporta, a nosotros cristianos, una clarificación aceptable la Biblia?

Es cierto que la Biblia no camufla nunca la realidad insostenible, que desbarata todos los sistemas de pensamiento, absurda, aparentemente, del sufrimiento humano. Está sacudida por el lamento y los llantos de quienes son oprimidos por el mal y buscan de parte de Dios una razón de su angustia. ¿Cuál?

En esta búsqueda de un significado, he intentado discernir qué papel atribuye la Biblia a Dios en los sufrimientos de la humanidad. Esbozaré, por consiguiente, el tipo de relación establecido por la Escritura entre Dios y el sufrimiento; esto indica los límites de mi estudio, que no afronta las diversas maneras de vivir el sufrimiento evocadas por la Biblia. Límites aún más reducidos por las dimensiones de un artículo que no

presenta sino algunos elementos de una futura búsqueda más amplia y más precisa.

### SEGUN EL ANTIGUO TESTAMENTO

El Antiguo Testamento introduce varias interpretaciones del sufrimiento en referencia con Dios. Hay que precisar que estas interpretaciones no son del todo coherentes y es casi imposible unir las en un todo homogéneo. Por mi parte las reagruparé, de una manera muy esquemática, en tres grandes proposiciones que no presentaré de forma cronológica, pues es difícil establecerla.

*EL SUFRIMIENTO NO ES ATRIBUIBLE  
POSITIVAMENTE A DIOS.*

*EL HOMBRE ES EL RESPONSABLE  
DE SUS PROPIOS SUFRIMIENTOS*

Esta línea de pensamiento aparece principalmente en el Génesis, capítulo 3.º, y en varios textos más que brevemente mencionaremos.

El autor del libro enuncia una afirmación capital que no será repetida, más que esporádicamente, en los otros libros del Antiguo Testamento: Dios no ha querido ni el sufrimiento ni la muerte del hombre. Es el hombre quien es responsable de la irrupción del propio sufrimiento y de la propia muerte. ¿De qué manera? Desviándose del proyecto de Dios a su antojo. El capítulo segundo ilustra esta convicción indicando una orden y una advertencia que Dios hizo al hombre y que éste no siguió: «Puedes comer de todos los árboles del jardín; pero del árbol de conocer el bien y el mal no comas; porque el día en que comas de él, tendrás que morir» (v. 17). No se trata, entendiéndolo bien, de una prohibición cualquiera en sentido alimenticio. El árbol en cuestión es símbolo, y es preciso desarrollar el simbolismo para intentar captar mejor la realidad que está en juego.

Como escribe Pierre Chaunu «comer es hacer. Es poner cierta acción que producirá un determinado efecto. Comer de los frutos del árbol es organizarse a sí mismo, para vivir, para conocer, para distinguir el bien del mal. En cierto modo es erigirse en maestro independiente de la propia vida, del propio destino; es encontrar sólo en sí mismo la felicidad y el destino» (p. 127). La advertencia de Dios se refiere a esta decisión y a sus consecuencias: Si organizas tú mismo la vida, si quieres encontrar solamente en ti mismo las fuentes para tu futuro, para tu destino, tú no encontrarás más que la muerte. El pecado original es esto: El proyecto de realizarse solos, contra Dios y sin Dios.

De tal forma la condición dolorosa del hombre abocado a la muerte aparece, en el Génesis, como la consecuencia de la elección de Adán y no como sanción divina positiva. Después de la opción del hombre, de todo el hombre, Dios deja curso libre a todas las consecuencias que El había señalado, declarando todavía su voluntad de salvación.

¿Esto quiere decir, tal vez, que sin esta decisión de Adán nuestra condición no hubiese comportado ni el sufrimiento, ni la muerte? ¿Cuál era el proyecto de Dios para la humanidad? El Génesis no lo dice, y no nos proporciona ningún elemento para imaginarlo. Pero es evidente que el hombre, ser finito, está desde el punto de vista biológico en continuidad con la especie animal; el sufrimiento y la muerte se encuentran necesariamente inscritas en su devenir celular, forman parte de su finitud.

Nosotros pensamos que, según Génesis 3, Dios no quiere el sufrimiento y la muerte de los hombres. Los sufrimientos y la muerte no son castigos positivos de Dios; es decir, una acción directa de Dios sobre el hombre. Ellos son queridos por Dios en cuanto respeta la libertad del hombre para forjar el propio destino alejado de Dios (interpretación que se distancia claramente de las tradiciones religiosas vecinas, en las

cuales la muerte es un incidente determinado por la inatención de las divinidades).

Se encuentran otros textos bíblicos que hablan de sufrimientos no causados directamente por Dios. Las heridas, por ejemplo (Gn 34, 25; Jos 5, 8; 2; Sam 4, 4). Las enfermedades de la vejez aparecen como normales (Gn 27, 1; 48, 10). Ciertas desgracias son consideradas como consecuencias de acciones pecaminosas e imputadas a la responsabilidad del hombre: «Desgraciado el malvado; desgraciado él porque será tratado como merecen sus acciones» (Es 3, 11). «Del fruto de sus palabras cada uno alcanza el bien en abundancia y recoge el salario del propio trabajo» (Pr 12, 14).

### *EL SUFRIMIENTO ES UN CASTIGO DIVINO POR LOS PECADOS DE LOS HOMBRES*

En numerosos documentos bíblicos las desgracias, las deportaciones de Israel, las enfermedades, la miseria, son referidas a Dios como su causa directa. Es El mismo quien provoca directamente la felicidad y la desgracia. La felicidad es vista como recompensa por una vida obediente a la ley divina, mientras que la desgracia es percibida como el castigo divino por la infidelidad del hombre.

En Isaías, Dios declara: «Yo modelo la luz y creo la tiniebla, yo hago la dicha y creo la desgracia» (45, 7; 63, 3-6).

En Amós: «¿Cae en una ciudad el infortunio sin que Yahveh lo haya causado?» (3, 6). Ciertos autores, como el Siracida, (siglo II a. C.) piensan que «No escapará el pecador con su rapiña, ni quedará fallida la paciencia del piadoso. Cada cual hallará según sus obras» (16; 13-14).

Así, mediante diversas formas de sufrimiento, Dios castiga las culpas, incluso las más escondidas, ya sean las de los padres o las de los abuelos, la tribu, la ciudad o el pueblo (Cfr. Ez 14, 12-23; 15, 4-7). No obstante el libro de Ezequiel testimonia que se abre camino en Israel la noción de la responsabilidad personal de la culpa; es el individuo el único y total responsable del propio destino. El no será castigado por las culpas colectivas: «El que peque es quien morirá» (18, 4). «Al justo se le imputará su justicia y al malvado su maldad» (18, 20).

### *EL SUFRIMIENTO NO ES SIEMPRE SIGNO DE UN CASTIGO DE DIOS*

Frente al escándalo del sufrimiento de los justos y del éxito de los impíos, la explicación tradicional del sufrimiento-castigo es violentamente contestada por muchos autores.

## *Qohélet*

El Qohélet constata: «Un absurdo se da en la tierra: Hay justos a quienes les sucede cual corresponde a las obras de los malvados, y malos a quienes sucede cual corresponde a las obras de los buenos» (8, 14; 7, 15).

## *Salmos*

Numerosos salmos denuncian el mismo escándalo las mismas incoherencias de la doctrina habitual (Sal 16, 49, 73). Gritan contra la fortuna de los impíos que no participan de las penas de la gente y no son golpeados junto con los otros (73). «Miradlos: éstos son los impíos, y, siempre tranquilos, aumentan su riqueza» (73, 12).

Pero en esta indignación de los salmistas el concepto tradicional está lejos de ser rechazado. Este ocupa el cuadro en el cual es repensada la noción de la redistribución. Esta es realizada en el más allá. La felicidad terrena permanece como la recompensa de los justos, pero puede ser también la parte del pecador endurecido. Al menos hasta la muerte, puesto que en el más allá no se le dará nada más. En cuanto a los justos, si su retribución no tiene lugar aquí abajo, ésta se cumplirá con toda certeza después. Dios los arrancará del Sheol, los custodiará en su regazo, los acogerá en su gloria (Sal 16, 9-11; 49, 8-9; 73, 24-26).

## *Job*

Con la misma violencia que los salmos, el libro de Job es todo él la contestación de las explicaciones tradicionales del sufrimiento-castigo divino.

Job, «hombre íntegro y recto» (1, 1), que no tiene igual en la tierra (1, 8), es golpeado cruelmente en sus posesiones, en sus hijos, en su propio cuerpo. Tal escándalo pone en cuestión a Dios, en cuanto recompensador de la piedad. Es esta radical puesta en cuestión la que expone Job, largamente, a sus amigos, partidarios obstinados de la tesis habitual. Dios es acusado por Job porque no actúa con él como debería: No recompensa su piedad. Al fin Dios responde a Job. No da razones a los amigos de Job, pero eleva la discusión poniendo a Job frente al misterio incomprensible de su grandeza, cual viene evocada por el esplendor de la creación.

Por tanto, Dios no da una respuesta clara al hecho del sufrimiento del justo. Pero libera a Job de una concepción demasiado humana de la justicia de Dios. Revela a Job la ilusión de creer que Dios está limitado al pacto de la Alianza, una especie de contrato comercial que ignoraría la libertad de Dios; Dios estaría obligado a unir la felicidad a la piedad del hombre. Job debe renunciar a esta ilusoria concepción de la piedad como portadora infalible de seguridad y bienestar. Descubre haber «temido a Dios inútilmente» (1, 9), es decir, que su piedad debía haber sido gra-

tuita, que no debía ser vivida con la esperanza de una retribución divina. Esto le hace llegar a comprender el pecado del hombre virtuoso: Juzgar a Dios en nombre de la perfección moral del hombre. Su verdadera culpa es la del hombre que se cree amo del propio destino y que se levanta inconscientemente contra Dios, formulando un juicio sobre Dios.

Así, pues, el poeta del libro de Job nos ofrece múltiples elementos para una interpretación del sufrimiento:

- Sufrimiento y desgracia no son necesariamente castigos divinos por las culpas del hombre. Dios no está ligado al esquema excesivamente humano, demasiado comercial: Moralidad-felicidad, impiedad-desgracia, lo que, por otra parte, viene contradicho por los hechos.
- El sufrimiento es revelador de las motivaciones del justo; ¿su piedad, su moralidad son gratuitas o implican la esperanza interesada en una prosperidad terrena, y el miedo de represalias divinas?
- Dios está junto, a pesar de las apariencias, de quienes sufren y de los débiles.

## *Los poemas del siervo*

Según Isaías 49, 1-6; 52, 13 ss; 53. Estos poemas presentan a un inocente, un justo bajo las garras del horror del sufrimiento. Cualquiera que sea la identidad del siervo (Israel, un grupo concreto y personificado, un individuo) sus sufrimientos no parecen explicarse sino con una culpa monstruosa, castigada por un ejemplar castigo divino (53, 4).

Sin embargo no se hace así. No es por sus culpas, sino por las nuestras, por lo que es triturado por el sufrimiento. «Yahveh descargó sobre él la culpa de todos nosotros» (53, 6). El, el inocente, intercede por los pecadores (53, 12) ofreciendo la propia vida en expiación... (53, 10) (Es el único texto del Antiguo Testamento que presenta una víctima humana ofrecida en expiación. Los sacrificios humanos estaban absolutamente prohibidos). Por llevar sobre sí nuestros sufrimientos y nuestros pecados, obtiene para todos la paz y la curación: «Con sus cardenales hemos sido curados» (53, 5).

Así, pues, en estos poemas de Isaías:

- El siervo de Dios es inocente. No obstante es golpeado por el sufrimiento.
- Ha aceptado llevar nuestros sufrimientos y nuestros dolores, que no son un castigo para él por parte de Dios. Sufre por solidaridad con los pecadores; acepta compartir el destino doloroso de su pueblo.

— Sus inmerecidos sufrimientos, signo de solidaridad con los pecadores, son interpretados como un «sacrificio de expiación», como una intercesión en favor de los pecadores, que nos obtiene la curación.

Señalemos, no obstante, el papel ambiguo de Dios en los sufrimientos del siervo; por una parte es presentado como no responsable de la muerte del siervo: «Nosotros lo tuvimos por azotado, herido de Dios y humillado» (53, 4). Sin embargo no lo era, no era Dios quien golpeaba. Pero por otra parte Dios aparece como el autor de este sufrimiento: «Yahveh descargó sobre él la culpa de todos nosotros» (53, 6). Para R. Giscard «no se llega nunca, en el Antiguo Testamento, a una concepción de la divinidad completamente extraña a la violencia» (O.P., p. 180).

A todo este bagaje de elementos que buscan decir algo sobre el papel de Dios en los sufrimientos de los hombres, ¿aporta Jesús una confirmación o nuevas perspectivas?

## JESUS Y EL SUFRIMIENTO

### JESUS FRENTE AL SUFRIMIENTO DE LOS HOMBRES

Frecuentemente Jesús encontró personas oprimidas por varios sufrimientos. Siempre se conmovió, perturbó, sobresaltó hasta lo más profundo (Mt 9, 36; 14.14; 15, 32; Jn 31-32). Delante de la tumba de Lázaro llora (Jn 11, 36). Delante de la madre que perdió su único hijo, en Naím, se compadece profundamente (Lc 7, 13).

Es fácil constatar que Jesús no se queda nunca impasible, indiferente, frente a quienes sufren.

Aún más, en favor de muchos enfermos realiza actos de curación. Comportamientos que tienen las características siguientes:

- Jesús no desarrolla ningún discurso explicativo, ninguna doctrina sobre el sufrimiento. No indica las causas.
- No invita a quienes sufren a someterse al sufrimiento, a la resignación, ni a ofrecerlo a Dios. Si declara bienaventurados a los que sufren, es porque éstos serán consolados por Dios.
- No recrimina el «querer curar» de los enfermos. Al contrario, lo acoge como normal y exhorta a algunos a reavivar esa voluntad de curar (Jn 5, 1-9).
- No reconoce la unión entre causa y efecto en cuanto al pecado y al sufrimiento, que encontró

en la mentalidad de sus contemporáneos (Jn 9, 3; Lc 13, 2 y 4). Las enfermedades, las violencias de Pilatos, el derrumbamiento de una torre, no son castigos divinos del pecado personal o parental.

Para Jesús —y reúne aquí la esencia de la Buena Nueva— Dios no quiere el castigo de los pecadores, sino su conversión gracias a la experiencia del perdón y del amor de Dios, que superan siempre el arrepentimiento de los pecadores y que lo provocan (ya en Ezequiel encontramos: «¿Acaso me complazco yo en la muerte del malvado, y no más bien en que se convierta de su conducta y viva?») (18, 23).

La misión de Jesús no es la de castigar, sino la de salvar: «Dios no ha enviado su Hijo al mundo para condenar el mundo, sino para que el mundo se salve por él» (Jn 3, 17). «No he venido a llamar a la conversión a los justos, sino a los pecadores» (Lc 5, 32). He venido a fin de que los hombres tengan vida y la tengan en abundancia.

Para su perdón Dios no pone ninguna condición preliminar. No exige ninguna obra para perdonar, como lo demuestra perdonando los pecados y relatando, con referencia a esto, numerosas parábolas, de entre las cuales las de Lucas 15 son las más explícitas y las más conmovedoras. El pecador no puede menos de reconocer y acoger el perdón de Dios que cambiará su vida (Cfr. Zaqueo, Lc 19, 5-10).

No obstante Jesús no curó todos los enfermos de su tiempo. El presenta sus curaciones como signo de que los tiempos mesiánicos han llegado por medio de El y en El, como signos de su identidad de Mesías (Cfr. Sinagoga de Nazaret, Lc 4, 18; respuesta a los enviados de Juan Bautista, Lc 7, 22; respuesta a las acusaciones de los fariseos sobre lanzar demonios en nombre de Satanás, Mt 12, 28). Pero las curaciones realizadas atestiguan claramente que Dios no desatiende el sufrimiento del hombre y toma partido contra el sufrimiento. Son los síntomas de que el Reino de Dios está allí, de que Jesús actualiza este Reino en su persona. Jesús tiene el poder, venido de Dios, de liberar a los hombres de un mal más radical que lo antinatural: el pecado.

### LOS SUFRIMIENTOS DE JESUS

Al mismo Jesús no se le han ahorrado sufrimientos, y esto ya antes de su arresto y de su muerte. Conoció la pobreza, el exilio, el peso del trabajo manual, la fatiga, el hambre y la incomprensión, las hostilidades más o menos violentas, el abandono de numerosos discípulos y los rechazos.

Su pasión y crucifixión representan el paroxismo de los rechazos vividos anteriormente, los cuales, esta vez, van hasta su eliminación física.

Los sufrimientos de Jesús durante su pasión son los sufrimientos que le han sido infligidos. Han sido causados por la violencia de los demás.

Jesús no los acoge con masoquismo. El denuncia siempre un mal en las violencias de las que se le hace objeto. Antes de su pasión ha encausado en más de una ocasión los asesinatos de los profetas (Mt 23, 29-37; Lc 11, 47-51). No minimiza la odiosidad de la traición de Judas (Mc 14, 18-21 y paralelos). Cuando se le arresta protesta contra la brutalidad injusta (Mc 14, 48-49; Jn 18, 20-21).

Pero no rehúye encontrarse con la violencia injusta de la pasión y de la crucifixión. Ha visto el *éxito* lógico inevitable de su predicación y de sus comportamientos. En este sentido, Jesús no ha sufrido la muerte por accidente. El la ha provocado con su predicación y su modo de vivir. Es todo su modo de vivir el que explica el violento rechazo de su persona, y su condena.

En efecto, su predicación y sus comportamientos no podían dejar de chocar con las personas pías y las autoridades. Se proclamaba a sí mismo la voluntad de Dios y su autoridad, como alguien que lo conocía directamente, sin ningún intermediario, independientemente incluso de Moisés y de las Escrituras («...pero yo os digo»). Zarandeaba la ley y todo el ordenamiento religioso y social como un hereje, relativizando el culto y las prescripciones religiosas (como el ayuno y, sobre todo, la estricta observancia del sábado), anunciando la ruina del Templo, es decir, la desaparición del culto sacrificial. Se singularizaba escandalosamente frecuentando los excluidos, gente sin moralidad, publicanos, pecadores públicos, transgresores de la ley..., en nombre de un amor sin medida que tenía la audacia de atribuir a Dios, un Dios que perdona sin condiciones, puesto que todo hombre es tributario de su gracia, sin ningún privilegio o mérito que se pueda hacer valer.

Tales actitudes representaban una deliberada provocación de las autoridades, una puesta en cuestión radical de la jerarquía y de su teología. Esto acabó por exacerbar un odio mortal de la gente pía y de la jerarquía, contra Jesús.

Pero ante esta hostilidad cada vez más abierta y violenta, Jesús no retrocedió. No modificó ni su predicación ni sus actitudes. Fue hasta el final de su misión, aunque entreviese que le iban a hacer soportar la muerte de los profetas. Amó a los suyos hasta el final, no renunciando a su anuncio liberador del loco amor de Dios. Cambiar su comportamiento ante la amenaza de la muerte hubiese sido para él traicionar la propia misión.

Jesús ve la propia pasión y la propia muerte en la voluntad del Padre (Mt 20, 28; Mc 10, 45; Jn 10, 17). No como una condición preliminar (sacrificio, reparación, expiación) puesta por el Padre para la concesión de su perdón a los hombres; Jesús no habla nunca en estos términos, y eso que «todo lo que ha oído a su Padre se lo ha dado a conocer» a sus discípulos (Jn

15, 15). Para él la voluntad del Padre es que anuncie el amor incondicional de Dios. La pasión de Jesús significa precisamente incondicionalidad absoluta del amor del Padre, que llega hasta a abandonar al Hijo en manos de los hombres, hasta consentir su muerte, y que responde a esta violencia criminal (que él no aprueba) con el perdón, y con el don por excelencia de sí mismo en la persona del Espíritu Santo.

Así, pues, la pasión y la muerte de Jesús no pueden ser interpretadas como voluntad del Padre, en el sentido de que Este exigiese los sufrimientos y la ejecución de un inocente, el propio Hijo, para conceder el propio perdón a los hombres. Cuando Jesús declara la necesidad de que el Hijo del Hombre sea levantado, y sufra (Lc 24, 26), demuestra, de forma bíblica, por una parte, que la propia muerte no es impedida por Dios, que los hombres no ponen en cuestión el querer de Dios; por otra parte, que le es necesario abandonarse a una tal violencia para ser fiel a sí mismo y para manifestar que el amor del Padre llega hasta el perdón de la muerte de su Hijo.

La pasión y la muerte de Jesús no testimonian una violencia atribuible a Dios. Al contrario, revelan la ceguera y la crueldad de los hombres, capaces de rechazar la imagen de Dios presentada por Jesús, aunque no supiesen lo que hacían. Jesús no ha cesado de presentarnos, hasta en la misma cruz, un Dios extraño a todas las violencias, que llama a los hombres a renunciar a todas las formas de violencia.

### CRITICAR NUESTRO LENGUAJE

Este vuelo rápido sobre el Antiguo Testamento y los Evangelios nos pone en condiciones de comprender mejor que existen conceptos sobre el sufrimiento difícilmente aceptables, si es que se quiere tener en cuenta la Palabra de Dios y respetar el dolor de los hombres.

*«El sufrimiento infligido por Dios, prueba impuesta directamente por Dios, quien hace sufrir a quienes ama».* No es éste el Dios de que habla Jesús, y que él nos manifiesta en su modo de tratar a quienes sufren.

*«El sufrimiento querido por Dios como expiación de nuestros pecados y de los pecados de los demás».* Jesús no cesó de proclamar, de palabra y de obra, que Dios perdona sin condiciones, sin exigencias preliminares, que el hombre no puede sino acoger este perdón que siempre va por delante, el único que es capaz de convertirlo y de transformarlo. Es la absoluta gratuidad del amor de Dios lo que aquí está en discusión.

Las *exhortaciones a la «resignación»* frente a los sufrimientos: Esto *no se puede atribuir a Jesús*. Más bien al contrario; Jesús nos invita a la solicitud por el sufrimiento de los demás y a luchar contra los sufrimientos.

mientos, sobre todo cuando se trata de aquellos que el hombre ha infligido al hombre.

*El recurso a la cruz de Jesús para vivir el sufrimiento es legítimo del todo, pero con ciertas condiciones:*

— No hay que hacer de la cruz de Jesús la garantía de las injusticias, de las opresiones, de las marginaciones, de los sufrimientos..., incluso los de un orden constituido. Justamente la cruz de Jesús denuncia este género de violencia, sobre todo cuando ostenta motivaciones religiosas. Rescatando al Crucificado de entre los muertos y haciendo de él El Viviente, Dios ha tomado definitivamente parte por los débiles, los excluidos y las víctimas de todas las extorsiones.

— Los sufrimientos debidos a las enfermedades no son comparables, directamente, a la cruz de Jesús. Esta es una violencia infligida injustamente y que El acepta para testimoniar la autenticidad de su mensaje y de lo absoluto de su amor. Cuando se trata de la enfermedad vendría bien, me parece, recordar el modo con que Jesús vivió su pasión, no aprobando el sufrimiento, sino asumiéndolo; amor de Dios y de todos en el momento en que el sufrimiento lleva a la duda y al odio hacia los demás. El enfermo está llamado a asumir sus sufrimientos, pero luchando por curar; de este modo participa en el *No* de Dios al sufrimiento. Así le es posible profundizar en su confianza en Dios y en su modo de amar a sus prójimos en unión de Jesús crucificado, y en el testimoniar que esta situación de infelicidad está incluso habitada por

el amor de Dios. Pero no puede convertirse en cuestión «de sufrir bien para obtener el amor de Dios».

— Pasando a los sufrimientos provocados por nuestros compromisos en el nombre del Evangelio, podemos decir que éstos pueden, en gran medida, tener el significado de la pasión de Jesús, cuando están determinados por el rechazo de su testimonio. Estos son los sufrimientos de quien quiere vivir según el Evangelio, del testimonio del que habla el apóstol Pablo y que encuentra la oposición en las mentalidades que rechazan el Evangelio: «Ahora me alegro por los sufrimientos que padezco por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24). Son los sufrimientos de quien trabaja para «completar el anuncio de la Palabra de Dios» (Id 25).

Así, gracias a Jesús, se le ofrece al hombre, ahora, un significado frente a los sufrimientos propios y ajenos. Para quien acoge este significado, el sufrimiento no es una realidad definitiva. La realidad última es una vida sin sufrimientos. Pero el cristiano sabe que tal vida es imposible instaurarla aquí abajo por la sociedad, sean cuales sean los progresos de la ciencia y el perfeccionamiento continuo de las organizaciones socio-políticas. Pero estamos seguros de poder esperarla de Dios que sólo suprimirá definitivamente todo sufrimiento, cuando El sea Todo en todos.

Padre CLAUDIO ORTEMANN

# PASTORAL CON NUESTROS ENFERMOS EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS

Nuestra época es una etapa histórica, profundamente antropológica, humanista.

Sentimos nuestra humanidad como amenazada por múltiples factores que impiden su realización. De una u otra forma, el hombre busca, con una fuerza intrínseca de su ser, el respeto a su dignidad humana. Podemos decir que es como el móvil más vivo de la sociedad actual; como la esperanza que lo anima y la confianza que lo estimula.

En la salvación que el Evangelio anuncia a todos los hombres, con especial predilección a los pobres y desposeídos de derechos, como son los enfermos mentales, está la honda sintonía con esa búsqueda universal del hombre a sentirse tratado con humanidad y respeto.

Si para todos es importante que la Pastoral trabaje esta dimensión en profundidad, lo es muchísimo más para una *pastoral con y para los enfermos*. Y es que el decir que una pastoral es *humana*, es hablar de la capacidad de comprensión hacia los demás, de la captación del dolor y de las necesidades de los otros, del grado de acercamiento, de identificación; es decir, bastante de lo mucho que nuestros enfermos buscan.

Toda Pastoral que tenga su base en esta dimensión logra frutos abundantes, transmite a Dios y su mensaje mejor y más eficazmente.

## AMBITO DE LA PASTORAL

Pretende ayudar a *liberar al hombre* de cuanto le impida conseguir la verdadera libertad de cara a los hombres y a Dios, en una base de justicia, acercamiento y amor, creando el ambiente propicio donde pueda *germinar, desarrollarse y crecer la fe*.

Para ello, deberíamos intentar redescubrir los principios de Pastoral de la primitiva Iglesia y la de los fundadores, que tuvieron como base el amor y el respeto a las personas, a cada una de las personas, y cuya eficacia brotaba de la atención puesta en los pequeños detalles de la vida diaria.

El apostolado es, al mismo tiempo: mirada de fe y puesta en práctica del amor. Su primer paso es la atención.

### Atención

- Hacia las personas.
- Hacia las realidades concretas de su vida (base indispensable de toda evangelización).
- Al Espíritu de Dios que actúa en el mundo.

«La evangelización no sería completa si no tuviera en cuenta la interpretación recíproca que en el curso de los tiempos se establece entre el Evangelio y la vida concreta, personal y social, del hombre. Precisamente por esto, la evangelización lleva consigo un mensaje explícito, adaptado a las diversas situaciones y constantemente actualizado, sobre los derechos y deberes de toda persona humana, sobre la vida familiar, sin la cual apenas es posible el progreso personal; sobre la vida comunitaria de la sociedad, sobre la vida internacional, la paz, la justicia, el desarrollo de un mensaje, especialmente vigoroso en nuestros días, sobre la liberación» (*Evangelii Nuntiandi*, 29).

## PASTORAL ESPECIFICA

Esta Pastoral no será ni la de adultos ni la de jóvenes, sino la de estas personas concretas: *el mundo de los enfermos mentales*, y debe abarcar dos grandes planos:

- *La Pastoral activa ocupacional*, para las personas con capacidad psíquica para la acción.
- *La Pastoral aplicada*, a personas incapacitadas psíquica o físicamente para la acción: enfermos crónicos. Esta Pastoral específica debe servir:

— Como ayuda al desarrollo de las exigencias íntimas: derechos humanos, religiosos y sociales de las personas.

— Como campo de acción y una forma vital de realizar su vocación cristiana, mejorando su vida y proyectándose sobre los demás con su valía, su persona, su afectividad y amor, su entrega, su espiritualidad; la vivencia de su experiencia de Dios, sintiéndose de este modo: útil, valioso, necesario, instrumento del amor de Dios y de los hombres, sus hermanos.

De este modo llegaremos a construir lo que nuestros enfermos necesitan: *una terapia pastoral ocupacional*.

## MEDIOS Y FORMAS NUEVAS

«Las condiciones de la sociedad nos obligan a revisar métodos, a buscar por todos los medios el modo de llevar a todos los hombres el mensaje cristiano, en el



cual únicamente podrán hallar la respuesta a sus interrogantes y la fuerza para su empeño de solidaridad humana» (E. N., 3).

### *Pastoral creativa*

Dentro de las grandes características que pensamos debe desarrollar la Pastoral de nuestros enfermos está la de la *creatividad*.

Posiblemente a muchos de nosotros nos suene extraño, ya que al pensar en el mundo de nuestros enfermos asociamos a él lo que no tiene interés, la rutina, lo poco amigo de cambios, el continuismo, el darle *algo*, para que no eche de menos «lo que esencialmente necesita».

Es decir, corremos el riesgo de asimilar para nosotros las ideas-fuerza que mueven al mundo de hoy, rechazando en el fondo lo que no es útil, productivo, rentable. ¿Para qué gastar tiempo, energías, valores, paciencia, ingenio, afecto, amor? Esto es lo que hacemos los hombres de hoy en la sociedad industrializada y consumista con las cosas.

Pues bien, esta forma de actuación la trasladamos a la conducta con nuestros enfermos; a veces, sin darnos cuenta, olvidamos que su dignidad de *personas humanas* no disminuye con la enfermedad, sino que se incrementa y se enriquece de forma extraordinaria.

Sólo así tiene sentido el dedicar nuestros mejores y mayores esfuerzos para que los servicios humanos que realizamos con nuestros enfermos den el máximo rendimiento en orden a la felicidad que necesitan y ansían en lo profundo de su ser, y, que, a veces, su misma condición psíquica les impide lograrla por sí mismos.

La creatividad no consiste necesariamente en cambiar, por ejemplo, unas lecturas, sino en darles *vida*, en realizar su proclamación en tales condiciones y con tales ayudas pastorales que la *palabra* sea acogida como lo que es: *una palabra viva, de un Dios vivo, que se dirige a su comunidad*.

¿Qué hay que crear?: las actitudes de escucha, de alabanza, de gratitud, de arrepentimiento.

¿Qué hay que lograr?: que la comunidad sintonice, que se ponga interior y exteriormente en actitud de penitencia, de alabanza, ante Dios y ante los hermanos. Esta es la *creatividad* principal.

### *Pastoral activa*

Más acertadamente esta Pastoral quedaría enclavada en lo que hemos denominado *terapia pastoral ocupacional*, pensada para los enfermos y realizada por ellos.

Debería tener como ejes estas tres dimensiones:

1.<sup>a</sup> *Terapéutica*. Un *ejercicio del Espíritu* que conduce a la expansión y manifestación de sus sentimientos íntimos, trascendentales, en relación con Dios y los hombres.

2.<sup>a</sup> *Vivencial*. Que esté en la línea de *vivencia* y *comunicación* profunda de su fe personal y comunitaria a través de la acción litúrgica.

3.<sup>a</sup> *Activa-ocupacional*. Dicha pastoral en su realización ha de ser un medio que sirva de ocupación y planificación de sus *ratos de ocio*, dándoles sentido y vida y en los que experimenten: satisfacción, alegría, gozo y serenidad de espíritu.

La Pastoral así realizada es, efectivamente, una *Pastoral liberadora*, que busca que los enfermos se sientan:

— *Útiles* en su vida, en la sociedad humana y cristiana.

— *Liberados* de unas formas o costumbres de vida para poder expresar su fe y religiosidad, frecuentemente recibida pero que pocas veces se ha tomado conciencia de transmitir a los demás.

### AGENTES DE LA PASTORAL

¿Quiénes son?: son testigos y partícipes de un misterio que ellos mismos viven y comunican con amor a los demás.

Si en verdad todos los cristianos somos responsables del cristianismo, el objetivo y fin de nuestras comunidades es, por exigencia natural, la evangelización de la humanidad, mediante la donación y entrega generosa de las cualidades y valores de sus miembros.

A los agentes de la Pastoral nos corresponde colaborar con Cristo en la salvación del hombre, lo cual significa:

— Ayudarle a crecer en su dignidad humana y cristiana.

— Ayudarle a que siga siendo útil en la vida.

— Ayudarle a realizarse en todas las dimensiones de su existencia, haciendo que descubra en ellas la profundidad de la alegría y esperanza de Jesús liberador.

— Ayudarle a convertirse para que viva en comunión con Dios según el proyecto que el Padre tiene sobre él.

Como agentes de pastoral, miembros activos de la Iglesia de hoy, podríamos terminar preguntándonos, con la *Evangelii Nuntiandi*:

— ¿Da testimonio la Iglesia de la propia solidaridad hacia los hombres y, al mismo tiempo, del Dios absoluto?

— ¿Es suficiente su empeño en el esfuerzo de buscar el restablecimiento de la plena unidad entre los cristianos, con el fin de que el mundo crea?

*Todos somos responsables* de las respuestas que pueden darse a estos interrogantes (E. N., 76).

INES LOPEZ, H.S.C.

# ORIENTACIONES SOBRE PASTORAL DE ENFERMOS Y SACRAMENTO DE LA UNCIÓN

El comprobar que la civilización moderna tiende a socializar en clínicas y a ocultar la enfermedad, a devaluar los datos de la fe, los consuelos que ofrece la esperanza y los frutos de los sacramentos de la Iglesia, me mueve a dirigiros estas orientaciones que estimo muy importantes, tanto más si se puede intuir que no hemos desarrollado todas las posibilidades pastorales que implica el sacramento de la unción de los enfermos, después de su renovación.

Una renovación múltiple, pero concluida hace tiempo en todas sus instancias: por el Vaticano II, aplicada por el Papa Pablo VI en su Constitución Apostólica de 1972 y actualizada en traducción castellana y normas prácticas en el Ritual, con las oportunas orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español de 1974.

En otro lugar ofrezco también unas leves sugerencias sobre la enfermedad y los efectos de este sacramento, que está destinado a producir abundantes frutos de caridad en la solicitud de la comunidad parroquial, si se le presta la atención que merece.

1. Cada sacerdote relacionado con este quehacer pastoral ha de leer y estudiar personalmente el Ritual, con todas las orientaciones para darlo a conocer a la comunidad parroquial, tanto en una catequesis general cuanto, más concreta y particularmente, al grupo de personas —religiosas y seglares— más sensibilizadas que puedan colaborar en esta acción pastoral.

2. Toda la parroquia o comunidad cristiana debe estar comprometida en la atención a los enfermos como una forma privilegiada de la caridad que une a sus miembros. Hay que honrar a los enfermos como quien atiende y sirve a Cristo mismo. El cuidado de los enfermos ha sido a lo largo de la tradición cristiana una de las principales obras de misericordia.

Hay que elaborar una pastoral de enfermos en sentido amplio, y no sólo sacramental, en la que el celo,

interés y el cariño del mismo pastor y de unos colaboradores más responsables (visitadores, responsables de calles o de barrios, etc.) serán los principales factores de comprensión de este servicio característico de toda la comunidad cristiana. El enfermo no sólo no se debe sentir marginado de la comunidad parroquial, por indiferencia o por olvido, sino miembro útil y eficaz, que apoya desde su situación las intenciones y trabajos de la misma con su oración y sus sufrimientos. Hay, en el reino de Dios, una eficacia que está más allá de todos los cálculos humanos y discurre por otros cauces: el sufrimiento y la oración.

3. Es imprescindible una buena catequesis, para que se comprenda el sentido cristiano de la enfermedad y el significado de este sacramento. Esta catequesis, viva y adaptada, ha de comenzar ya desde la infancia; pero se deben buscar también otras oportunidades, para que cambie o mejore el aprecio y la disposición de la comunidad, de las familias y de las personas a este respecto. Se presume que hay que deponer actitudes medrosas, de falsa piedad para con los familiares enfermos, de convencionalismos sociales, etc.

4. En los casos concretos, hay que ayudar personalmente al enfermo para que comprenda este significado y asuma esta prueba desde una verdadera actitud de fe. Este sacramento producirá en plenitud su fruto sólo cuando sea correspondido con suma fidelidad por el enfermo: la gracia no actúa mágicamente; necesita de la colaboración generosa. Para que despliegue todos sus frutos de perfección cristiana, de alivio, de consuelo, incluso de fecundidad apostólica, contribuyendo al bien del pueblo de Dios, como indica el Concilio, se exige ya una vivencia espiritual capaz de aproximarse al *mysterium crucis Christi*.

Esto supone que el sacramento se administra tras una seria preparación y que se ayuda al enfermo después para que colabore con la gracia recibida. Así no se

cierran los cauces de comunicación de la comunidad con el enfermo, sino que se abren otros especiales, para ayudarlo a reintegrarse socialmente en ella, si bien de modo distinto: a través de esta nueva amistad, participando de sus problemas, ofreciéndose, etc.

Conviene que, a este respecto, se dé también una estrecha colaboración entre el sacerdote, el médico y el personal sanitario de clínicas, hospitales, asilos, etc. La visita periódica del pastor a sus propios feligreses ha de tener en cuenta estas condiciones y estos centros sanitarios, para ofrecer su colaboración y amistad al enfermo.

La comunidad cristiana, en un espíritu más de amistad y sencillez que de representación oficial, debe mantener también, sin perturbar la paz del enfermo, una comunicación fraternal con él. Existe en la diócesis un servicio de Pastoral Sanitaria, que es menester conocer y con el que hay que colaborar. En relación con los destinatarios de este sacramento y esta pastoral, téngase en cuenta a los ancianos (cfr. Ritual, números 8-15).

5. Conviene destacar, a no ser en casos excepcionales, el sentido comunitario de la celebración, por lo menos por la participación de los miembros de la familia, vecinos y allegados. Entonces será especialmente oportuna una catequesis familiar y cálida sobre el sentido de esta celebración sacramental y su valor con la oración de todos los que acompañan. Puede haber celebraciones comunitarias, dentro o fuera de la misa (cfr. Ritual, números 154-166).

6. Hay que evitar a toda costa que este sacramento se convierta en un rito para agonizantes inconscientes, porque los familiares no fueran capaces de avisar oportunamente. Si hay una verdadera pastoral de enfermos, esto no será fácil que se dé, a no ser en casos repentinos o excepcionales, ya que la comunidad estará atenta a estas situaciones. Por otra parte, toda familia cristiana ha de tener por sus miembros una caridad auténtica; no aman adecuadamente a los suyos cuando descuidan estos servicios tan trascendentales. En esas circunstancias, el sacerdote administra el sacramento suponiendo que el enfermo lo hubiera querido, aunque sus efectos son muy dudosos, ya que están en función directa de su capacidad receptiva. Cuanto mayor sea la lucidez y disponibilidad del enfermo, mayores serán sus frutos. Por eso hay que ser muy sinceros con él desde el primer momento, evitando simulaciones o un lenguaje equívoco, que a nada conducen.

7. Recordemos que el sacramento de la unción de los enfermos no es sustitutivo ni de la confesión ni del viático, relativo este último a la situación del moribundo; ni por otra parte, rival de las terapéuticas médicas, para descuidar los convenientes cuidados científicos, sino que se confiere para que los creyentes, que lo reciben libremente y con las debidas disposiciones, asuman su enfermedad como estado santificador, con los frutos de salvación, de alivio y de purificación que comporta.

Para comprender y vivir mejor esto, no basta una mera instrucción, sino que se requieren, como hemos indicado ya, unas actitudes que sintonicen con esta espiritualidad. Sin embargo, uno de los efectos de su gracia sacramental es acelerar este proceso a un ritmo más rápido, llevando al enfermo a una madurez cristiana, a veces verdaderamente sorprendente. Una comunidad que pueda contar en su seno con unos cristianos así, será indudablemente de una gran fecundidad. Hay que procurar que la formación en la fe extienda un comportamiento que testimonie en la práctica estos esplendores de la gracia (cfr. Ritual sobre el Viático, números 77-80).

8. La pastoral de los enfermos no se puede separar de la atención a los agonizantes y, si se produjese el fallecimiento, de la pastoral de difuntos (cfr. Ritual, números 82-85).

9. Además del estudio para iniciar una nueva etapa en esta pastoral por parte de cada comunidad parroquial, con la colaboración de otras comunidades o centros sanitarios, estúdiense también por arciprestazgos, para intercambiar experiencias, convenir en líneas y acciones comunes y revisar los resultados de esta acción conjunta.

Deseo para todas las personas y comunidades que estos propósitos de ayuda y acompañamiento a los miembros dolientes del pueblo de Dios estén verdaderamente animados por el amor *compasivo*, de identificación interior con el enfermo y desde las entrañas de misericordia de Cristo.

Que la Santísima Virgen, inmaculada y madre de misericordia, nos alcance esta gracia tan evangélica, indicadora de la predilección por los que sufren.

JOSE DELICADO BAEZA  
Arzobispo de Valladolid

# Noticiario

## Hospitales

MANRESA

### LOS CINCUENTA AÑOS DE UN HOSPITAL

El hospital San Juan de Dios de Manresa cumple los cincuenta años de actividad hospitalaria. Con este motivo han sido muchos los actos que se han iniciado en la



El hermano Gabino Gorostieta pronuncia unas palabras de congratulación, en presencia del doctor Ramón Masnou, obispo de Vic, después de inaugurado un monolito que recordará gratas fechas del hospital

ciudad de Manresa. Iniciamos la información de algunos de los ya celebrados, con estas breves líneas escritas por el hermano provincial Gabino Gorostieta.

### UN HOSPITAL MODERNO

Una gran alegría siente la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, en la conmemoración del cincuentenario del hospital San Juan de Dios de Manresa. A lo largo

de los cincuenta años el hospital ha sabido estar cerca de las necesidades sanitarias de la población y atento a la evolución de las ciencias médicas y sanitarias. Hoy el hospital en nada se parece, estructuralmente hablando, a lo que era el día de su inauguración. Se ha convertido, con el esfuerzo y saber de todos, en un hospital moderno y capaz de responder a las necesidades y demandas de la población. Pero su filosofía asistencial sigue siendo la misma, la de san Juan de Dios, de aproximación al hombre que sufre, intentando dar respuesta a la complejidad del enfermo en sus múltiples exigencias.

El hospital debe seguir teniendo imaginación y capacidad de adaptación, sin perder nunca de vista la rapidez de los cambios en el mundo de la salud y con una gran capacidad de solidaridad y de integración con todas las fuerzas que luchan por renovar la asistencia sanitaria y la prevención de las enfermedades.

Mi recuerdo de gratitud para todos los bienhechores que hicieron posible la creación del hospital y su mantenimiento durante muchos años.

Gratitud a todos los que han trabajado y trabajan en la gestión y dirección del hospital; al personal médico, técnico, auxiliar, de servicio y a los hermanos, promotores del estilo juanediano en las atenciones al enfermo.

José M.<sup>a</sup> Saló Orfila



### ACTOS CIENTIFICOS

Reseñamos ahora los actos científicos celebrados hasta la fecha, que tienen también como único objetivo conmemorar el cincuentenario de la institución manresana. Iniciamos esta reseña con la entrevista hecha al Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital San Juan de Dios.



Hospital San Juan de Dios. Manresa

### Mostra Ortopédica y Traumatológica Catalana

—Dr. José M.<sup>a</sup> Saló, ¿qué es la «Mostra Ortopèdica i Traumatològica Catalana»?

—Como sabes, la ortopedia y traumatología catalana ocupan un lugar destacado dentro de nuestra especialidad, tanto a nivel nacional como internacional, contando con personalidades eminentes.

Por ello, desde hace tiempo madurábamos la idea de reunir a los especialistas más representativos de cada una de las escuelas para, entre todos, componer una verdadera muestra del estado actual de nuestra especialidad en Cataluña. El hecho de que este año se cumpla el 50 aniversario de la fundación de nuestro hospital, junto a que nuestra ciudad sea considerada como el corazón de Cataluña, han creado las condiciones idóneas para organizar el symposium.

—¿Qué objetivos has querido conseguir?

—En primer lugar, contribuir al máximo en realzar el cincuentenario de la fundación de un centro de la Orden hospitalaria de san Juan de Dios, con el cual me siento totalmente integrado. Al mismo tiempo, puesto que el Servicio que en la actualidad dirijo también cumple su cincuentenario, ya que nació con el hospital, he querido organizar la muestra como sentido homenaje al Dr. L. Ribó Rius, primer cirujano ortopédico que actuó en el hospital

y al Dr. A. Viladot Pericé, maestro del que tantas enseñanzas seguimos recibiendo, que tanto se ha entregado al hospital y con el que nos unen sentimientos de afecto y respeto que superan totalmente el ámbito profesional.

—¿Cuántos profesionales han expuesto sus experiencias en la mostra?

—Durante todo un día, 23 Jefes de Servicio de los Hospitales más representativos de Cataluña, han tenido la gentileza de enseñarnos aquellas experiencias profesionales de las que podríamos decir que *no están en los libros*, puesto que son fruto de las enseñanzas transmitidas por aquéllos que les precedieron y del cúmulo de conocimientos realizado durante muchos años de trabajo personal.

—¿Esperabas una afluencia médica tan amplia y representativa?

—He de confesar que, en un principio, teníamos nuestros recelos sobre la acogida que iba a tener la idea entre los colegas catalanes. Sin embargo, estas dudas se vieron en seguida despejadas puesto que desde el primer contacto hasta el último fuimos recibidos con entusiasmo, siendo rápidamente comprendida y aceptada la filosofía de la muestra.

—¿Crees, José M.<sup>a</sup>, que la mostra puede ser uno de los actos de mayor resonancia del cincuentenario?



El hermano Moisés Val da la bienvenida a las personas que estuvieron presentes en el hospital, el 8 de marzo

—Aunque tenemos en cartera la organización de otras actividades, sí, creo que este symposium por su originalidad ha sido de extraordinaria importancia.

—¿Quién ha llevado la responsabilidad organizativa?

—Quiero aprovechar la ocasión que me brindas con esta pregunta para dejar constancia de la gran colaboración que hemos tenido en los órganos administrativos y gerenciales de nuestro hospital, representados por el hermano Moisés Val, el señor José M.<sup>a</sup> Sala y el doctor Jaime Casanovas, con los que, una vez más, se han demostrado las enormes posibilidades que ofrece un trabajo en equipo en el que sus componentes forman una verdadera comunidad.

Pusimos punto final a esta charla mantenida con el amigo José M.<sup>a</sup> Saló, escuchando las importantes declaraciones que hizo a Televisión Catalana y que ésta difundió en su edición de sobremesa, el día 12 de abril.

A. R.

### Mesa Redonda sobre la cadera infantil

Uno de los actos del cincuentenario del hospital San Juan de Dios de Manresa, organizado con más ilusión, ha sido una Mesa Redonda sobre la cadera del lactante.

Digo con más ilusión por varios motivos:

— En primer lugar, por la íntima colaboración que se ha tenido con el Servicio de Pediatría, reflejo de lo que debe ser y procuramos que sea, el enfoque terapéutico de un niño enfermo.

— En segundo lugar por tratarse de un tema —la cadera del niño— cuya patología tanto puede influir en el futuro del paciente y, por lo tanto, tanta importancia tiene el efectuar un correcto tratamiento.

— Por último, quiero decir también, que en estas Mesas Redondas se pretende divulgar a los compañeros de Medicina General y especialmente a los Pediatras la importancia que tiene el despistaje de la luxación congénita de la cadera.

El acto se desarrolló con gran brillantez, gracias al esfuerzo y buena preparación de los ponentes, miembros —repito— del Servicio de Pediatría —Dr. Sabata— y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica —Dres. Valentí, Ferrán y Díaz—.

S. O.

### Reunión científica

La Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica y Traumatología en su programación científica incluye, cada año, la celebración de una reunión en Manresa, capital de la comarca del Bages.

Este año, con motivo del cincuentenario, hemos querido que esta reunión científica se vea revestida de un carácter realmente extraordinario.

Por ello, junto a las habituales comunicaciones que presenta el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Centro Hospitalario, que dirige el Dr. J. Tuneu y las que presentan los componentes del Servicio que dirijo, invitamos al profesor Raoul Tubiana de París, hombre de prestigio mundial en Cirugía de la Mano, el cual nos deleitó con una conferencia magistral con el tema de *Mano Reumática*. La reunión se celebró el día 14 de mayo en nuestro hospital, durante una tarde y parte de la noche, compartiendo entre todos una cena fría.

Como siempre, hay que dejar constancia de que la organización de estos actos fue posible gracias a la tutela y supervisión de nuestro Director, Dr. A. Viladot, y a las facilidades que encontramos en los estamentos gerenciales del hospital.

J. M.<sup>a</sup>

### MADRID

### EL HOSPITAL CATOLICO

*Configuración del hospital católico* es el título del ideario que identifica a un hospital católico en nuestra nación. La idea de redactar el ideario nació en la mesa redonda sobre hospitales de la Iglesia que se celebró en Madrid. Se encargó el trabajo al doctor Francisco Abel. Este ponderado jesuita, junto con los padres Manuel Cuyás y Jordi Escudé, profesores del Centro Borja de San Cugat del Vallés, Barcelona, realizaron un estudio profundo sobre el tema. Muy de hoy. Lo han hecho suyo 24 instituciones pertenecientes todas ellas al COHIC.

El trabajo, expuesto en ocho artículos recoge la filosofía en que debe fundamentarse todo hospital que lleva el nombre de católico y lo es de verdad. Los títulos de estos artículos son: *El servicio al enfermo, símbolo irrenunciable de la misión de la Iglesia. Diversas formas de presencia eclesial en el campo de la salud. Características sociales de la actividad sanitaria evangélica. Existencia del hospital católico y tarea del estado. Necesidad de conservar la propia identidad. Identidad y libertad de conciencia. El comité de ética. Notas individuantes del hospital católico.*

### I PREMIO IBEROAMERICANO DE EPILEPSIA

Con el fin de estimular la investigación sobre Epilepsia, en sus distintos aspectos, y facilitar su conocimiento y difusión entre los especialistas iberoamericanos, el Hos-

pital Instituto San José crea el *Premio Iberoamericano de Epilepsia*, que tendrá carácter anual.

En esta su primera convocatoria nace con el patrocinio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Planificación Sanitaria) y la Liga Española contra la Epilepsia.

## BASES

*Primera.* Podrán concurrir al *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* todos aquellos trabajos inéditos, escritos en castellano, cuyo contenido esté relacionado con cualquier aspecto científico (clínico, experimental, terapéutico, psicosocial...) referido a la Epilepsia.

*Segunda.* La extensión mínima del texto de los trabajos tendrá un mínimo de 30 y un máximo de 60 folios (DIN A-4) mecanografiados a doble espacio por una sola cara y numerados. En esta extensión no estará incluida la bibliografía ni la iconografía aportadas.

En la primera página deberá citarse: título del trabajo, nombre y apellidos del autor o autores, domicilio, nombre del centro de trabajo y población. Si se desea, podrán mencionarse los cargos que tienen los autores.

Para facilitar la mejor comprensión y calidad de los trabajos podrán acompañarse de fotografías, dibujos, gráficos y tablas, así como de la correspondiente bibliografía, que deberá referirse únicamente a los trabajos citados en el texto y de acuerdo con las instrucciones internacionales.

*Tercera.* Los originales deberán ser presentados o remitidos, por duplicado, a Hospital Instituto San José, Ctra. Aero-club s/n, Apartado 27.011, Madrid-25 (España), antes de las 24 horas del día 18 de marzo de 1983. El Hospital Instituto San José acusará recibo de los originales recibidos.

*Cuarta.* El *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* estará dotado con las siguientes cantidades: Primer premio, quinientas mil (500.000) pesetas. Segundo premio, doscientas cincuenta mil (250.000) pesetas. Tercer premio, cien mil (100.000) pesetas. Tres accesit de cincuenta mil (50.000) pesetas cada uno. Todos los autores premiados recibirán el correspondiente Diploma acreditativo.

*Quinta.* Los premios serán otorgados por un Jurado integrado por seis miembros, con voz y voto, compuesto por: El Director Médico del Hospital Instituto San José, como Presidente, un Catedrático de Universidad, el Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Neurofisiología Clínica, el Presidente de la Liga Española contra la Epilepsia, un representante de la OISS y un Jefe de Departamento o de Servicios Médicos del Ministerio de Sanidad y Consumo. En caso de empate el voto del Presidente del Jurado se considerará decisivo. Actuará como Secretario, con voz pero sin voto, un médico del Hospital.

El Jurado valorará la calidad de los trabajos presentados a concurso y adjudicará todos los premios que serán indivisibles y no podrán quedar desierto. El fallo del Jurado será inapelable.

*Sexta.* El fallo del Jurado, del cual se levantará acta notarial, se dará a conocer públicamente y a cada uno de los autores premiados el día 20 de mayo de 1983.

La entrega de los premios se realizará en Madrid, en el transcurso de un acto público cuyo lugar y fecha de celebración se indicará oportunamente, con una antelación de al menos 20 días.

*Séptima.* Los trabajos premiados serán publicados en una Monografía editada a tal efecto. El importe de los premios se entenderá que compensa a los autores de sus derechos de publicación exclusiva.

*Octava.* Los originales no premiados podrán ser recogidos o solicitados en el Hospital Instituto San José, en el plazo de los tres meses siguientes a la otorgación de los Premios. Al término de este plazo los no recogidos se entenderá que los autores renuncian a su derecho de propiedad.

*Novena.* La participación en el *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* implica la total aceptación de estas bases, así como el fallo del Jurado.

*Décima.* Cualquier información que desee solicitarse deberá dirigirse, por escrito, a la Dirección Médica del Hospital Instituto San José, Apartado 27.011. Madrid (España).

## Pastoral

### BARCELONA

#### TODOS RESPONSABLES

Este era el subtítulo del curso de Pastoral Sanitaria, celebrado en la residencia Mater Salvatoris del Tibidabo, Barcelona. Este curso fue organizado por los Delegados diocesanos de Cataluña y Baleares y reunió durante los días 22 al 27 de febrero a 180 cursillistas, venidos de toda la geografía española; más de la mitad procedentes de Cataluña y el resto de Aragón, País Vasco, Reino de Valencia, Baleares, Castilla, Andalucía y Galicia.

El curso fue intenso y lleno de contenidos: la vida, la salud, la enfermedad, la ayuda que todo enfermo pide; se han desarrollado técnicas para hacer más cercana esta ayuda; se han expuesto criterios sobre la pastoral de enfermos en el hospital y la parroquia y sobre los secretariados que promueven y coordinan dicha pastoral.

Fueron unos días de escucha, de diálogo y comunicación de experiencias; varias han sido expuestas en mesas redondas, en especial las que se refieren a varias parroquias, hospitales y secretariados.

Los conferenciantes realizaron una gran labor de iluminación, abrieron caminos. Entre estos conferenciantes cabe destacar a Monseñor Narciso Jubany, cardenal de Barcelona y a D. Javier Osés, obispo de Huesca; a los padres Abel y Antonio Gomis, además de otros psicólogos y pastoralistas. Coordinó el curso José Luis Redrado, responsable regional de Cataluña y Baleares; lo inau-

pital Instituto San José crea el *Premio Iberoamericano de Epilepsia*, que tendrá carácter anual.

En esta su primera convocatoria nace con el patrocinio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Planificación Sanitaria) y la Liga Española contra la Epilepsia.

## BASES

*Primera.* Podrán concurrir al *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* todos aquellos trabajos inéditos, escritos en castellano, cuyo contenido esté relacionado con cualquier aspecto científico (clínico, experimental, terapéutico, psicosocial...) referido a la Epilepsia.

*Segunda.* La extensión mínima del texto de los trabajos tendrá un mínimo de 30 y un máximo de 60 folios (DIN A-4) mecanografiados a doble espacio por una sola cara y numerados. En esta extensión no estará incluida la bibliografía ni la iconografía aportadas.

En la primera página deberá citarse: título del trabajo, nombre y apellidos del autor o autores, domicilio, nombre del centro de trabajo y población. Si se desea, podrán mencionarse los cargos que tienen los autores.

Para facilitar la mejor comprensión y calidad de los trabajos podrán acompañarse de fotografías, dibujos, gráficos y tablas, así como de la correspondiente bibliografía, que deberá referirse únicamente a los trabajos citados en el texto y de acuerdo con las instrucciones internacionales.

*Tercera.* Los originales deberán ser presentados o remitidos, por duplicado, a Hospital Instituto San José, Ctra. Aero-club s/n, Apartado 27.011, Madrid-25 (España), antes de las 24 horas del día 18 de marzo de 1983. El Hospital Instituto San José acusará recibo de los originales recibidos.

*Cuarta.* El *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* estará dotado con las siguientes cantidades: Primer premio, quinientas mil (500.000) pesetas. Segundo premio, doscientas cincuenta mil (250.000) pesetas. Tercer premio, cien mil (100.000) pesetas. Tres accesit de cincuenta mil (50.000) pesetas cada uno. Todos los autores premiados recibirán el correspondiente Diploma acreditativo.

*Quinta.* Los premios serán otorgados por un Jurado integrado por seis miembros, con voz y voto, compuesto por: El Director Médico del Hospital Instituto San José, como Presidente, un Catedrático de Universidad, el Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Neurofisiología Clínica, el Presidente de la Liga Española contra la Epilepsia, un representante de la OISS y un Jefe de Departamento o de Servicios Médicos del Ministerio de Sanidad y Consumo. En caso de empate el voto del Presidente del Jurado se considerará decisivo. Actuará como Secretario, con voz pero sin voto, un médico del Hospital.

El Jurado valorará la calidad de los trabajos presentados a concurso y adjudicará todos los premios que serán indivisibles y no podrán quedar desierto. El fallo del Jurado será inapelable.

*Sexta.* El fallo del Jurado, del cual se levantará acta notarial, se dará a conocer públicamente y a cada uno de los autores premiados el día 20 de mayo de 1983.

La entrega de los premios se realizará en Madrid, en el transcurso de un acto público cuyo lugar y fecha de celebración se indicará oportunamente, con una antelación de al menos 20 días.

*Séptima.* Los trabajos premiados serán publicados en una Monografía editada a tal efecto. El importe de los premios se entenderá que compensa a los autores de sus derechos de publicación exclusiva.

*Octava.* Los originales no premiados podrán ser recogidos o solicitados en el Hospital Instituto San José, en el plazo de los tres meses siguientes a la otorgación de los Premios. Al término de este plazo los no recogidos se entenderá que los autores renuncian a su derecho de propiedad.

*Novena.* La participación en el *I Premio Iberoamericano de Epilepsia* implica la total aceptación de estas bases, así como el fallo del Jurado.

*Décima.* Cualquier información que desee solicitarse deberá dirigirse, por escrito, a la Dirección Médica del Hospital Instituto San José, Apartado 27.011. Madrid (España).

## Pastoral

### BARCELONA

#### TODOS RESPONSABLES

Este era el subtítulo del curso de Pastoral Sanitaria, celebrado en la residencia Mater Salvatoris del Tibidabo, Barcelona. Este curso fue organizado por los Delegados diocesanos de Cataluña y Baleares y reunió durante los días 22 al 27 de febrero a 180 cursillistas, venidos de toda la geografía española; más de la mitad procedentes de Cataluña y el resto de Aragón, País Vasco, Reino de Valencia, Baleares, Castilla, Andalucía y Galicia.

El curso fue intenso y lleno de contenidos: la vida, la salud, la enfermedad, la ayuda que todo enfermo pide; se han desarrollado técnicas para hacer más cercana esta ayuda; se han expuesto criterios sobre la pastoral de enfermos en el hospital y la parroquia y sobre los secretariados que promueven y coordinan dicha pastoral.

Fueron unos días de escucha, de diálogo y comunicación de experiencias; varias han sido expuestas en mesas redondas, en especial las que se refieren a varias parroquias, hospitales y secretariados.

Los conferenciantes realizaron una gran labor de iluminación, abrieron caminos. Entre estos conferenciantes cabe destacar a Monseñor Narciso Jubany, cardenal de Barcelona y a D. Javier Osés, obispo de Huesca; a los padres Abel y Antonio Gomis, además de otros psicólogos y pastoralistas. Coordinó el curso José Luis Redrado, responsable regional de Cataluña y Baleares; lo inau-



guró Monseñor José M.<sup>a</sup> Guix y lo clausuró Monseñor Pont i Gol, presidente de la Conferencia Episcopal Tarraconense.

Decir que fueron unos días con un ambiente enriquecedor es casi superfluo; el mismo internado en el que se desarrolló el curso contribuyó a ello, ya que aparte las conferencias, diálogos y mesas redondas, compartimos la oración de la mañana y de la tarde en un gran clima de serenidad, de variedad y de fe; igualmente, hay que señalar los espacios libres, tanto durante la jornada como después de cenar y que sirvieron para intercambiar ideas y experiencias los participantes de la misma diócesis, institución, etc. Hemos de subrayar en los participantes, su responsabilidad, su entrega disciplinada y todo el ambiente alegre y receptivo que se respiró. Que el curso ha sido bueno, muy bueno, se notaba en el ambiente y se ha constatado después en la encuesta que al final se realizó.

Creemos que el curso no sólo será un recuerdo que se llevaron los participantes, sino también y, sobre todo, un convencimiento y una reafirmación, una mayor motivación para dar un paso hacia adelante, descubriendo la ayuda que nos pide el enfermo, descubriendo que son muchas las necesidades pastorales dentro y fuera del hospital y que no nos está permitido lamentarnos, esperar a que otros comiencen o sentirnos derrotados antes de comenzar.

El grupo de participantes no formuló unas conclusiones, pero sí que se reafirmó en una serie de criterios y actitudes, imprescindibles si queremos que nuestra tarea pastoral sea viva, actual y comprometida. En concreto, fueron leídos en el acto de clausura los siguientes:

— Reconocemos que no estamos solos. En estos momentos de grandes cambios históricos somos una comunidad que se reafirma en su vocación: nos sentimos enviados por la Iglesia para servir a la persona enferma.

— Frente a una sociedad tecnocrática, que hace sentirse a la persona enferma como un ser *inútil*, tenemos que defender los derechos de esta persona enferma y fortalecer la idea de que no es productividad, deseo, poder; es proyecto, es esperanza y, en cualquier circunstancia, *es y tiene sentido*. No debemos imponer nuestros criterios y soluciones, sino posibilitar que el enfermo encuentre las suyas, adoptando actitudes receptivas y propiciando una ayuda, no compasiva sino compartida. Debemos dar al enfermo una atención *integral*, con gran *respeto*, pero con mayor participación y compromiso. Debemos dar una atención preferencial a los enfermos graves y problematizados, sin olvidar a sus familiares. Estamos convocados todos a *buscar y crear humanidad* en nuestro medio, sin *descalificar* a nadie y sin *evadir* responsabilidades.

— Creemos que es más fácil superar el dolor en compañía que en soledad. Cuando es persistente, éste sólo puede tener sentido desde un marco de seguridad y de paz. Por eso, no se pueden ofrecer palabras y hacer gestos vacíos de significado. Así, entraremos en la lucha auténtica de evangelización y humanización, y evangelizamos porque somos evangelizados por los más pobres.

— Somos conscientes de que la enfermedad es un momento privilegiado para la oración. Desde el que se queja contra Dios por su enfermedad hasta el que madura desde ella y reconoce el misterio, oremos con el enfermo, respetando su forma de expresión y educándole.

— Sentimos la urgencia de formar un equipo pastoral, con una organización, aunque sólo sea mínima. Debemos empezar a unir nuestras inquietudes *ya*, desde este momento; es urgencia que nos piden los enfermos, es urgencia de nuestra profesionalidad sin regateos, es urgencia, porque también nos lo pide nuestro carisma de servicio al hombre que sufre.

## MADRID

### LOS PROFESIONALES SEGLARES CRISTIANOS EN EL MUNDO DE LA SALUD

Los días 8 y 9 de febrero de 1982 se celebró en la Casa de Ejercicios de El Pinar de Chamartín la XII Reunión del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria. Asistieron la casi totalidad de sus miembros y un número reducido de *profesionales seglares cristianos*, invitados a participar como ponentes de algunos temas o en la Mesa Redonda. Representaban a Asociaciones, tales como Salus Infirforum, Hermandad de San Cosme y San Damián, Grupos de Trabajadores Sanitarios, Hermandades del Trabajo, etc.

El tema central de la Reunión fue el de *Los profesionales seglares cristianos en el mundo de la Salud*. Tema de gran importancia y actualidad, que hasta el momento no se había abordado en nuestras reuniones, aunque ha estado presente en nuestras preocupaciones y proyectos. En 1975 se organizó un Encuentro de Profesores de Religión y Moral de las Escuelas de ATS. En el Informe presentado a la Asamblea Plenaria de la CEE en 1976 entre las propuestas aprobadas figura la de «estudiar y orientar la sensibilización de los seglares (economistas, administradores, médicos, ATS, asistentes sociales, psicólogos...) de cara a su participación en las tareas de la salud y dentro de la Evangelización. Entre las líneas de acción aprobadas por la VI Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria figura la de impulsar la presencia activa de los seglares.

Justo Bermejo, Director del Secretariado de la Comisión Episcopal de Apostolado Seglar, que había colaborado en la preparación de la Reunión, habló de la *Misión del Seglar en el Mundo y en la Iglesia*. Ver una síntesis de lo expuesto en documento aparte.

Diego Gracia Guillén, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, nos expuso *los retos, problemas y deficiencias que se dan en el mundo de la salud*.

Agustín Albarracín Teulón, Director del Instituto Arnau de Vilanova del CSIC y miembro del Consejo de Laicos de la archidiócesis de Madrid, expuso *lo que se espera y se pide a los profesionales seglares cristianos presentes en el mundo de la salud*.

Moderada por Jesús Conde, Delegado Diocesano de Pastoral Sanitaria de Madrid, se celebró una Mesa Redonda con la participación de varios seglares. Ver una síntesis de la misma en documento aparte.

Tras el estudio de la misión del seglar profesional cristiano en el mundo de la salud y las dificultades que encuentra para vivirla, dedicamos nuestra reflexión a estu-

diar *cauces para impulsar su presencia activa*. En primer lugar, se habló de los cauces existentes: José Buj y José Manuel Arenal nos ofrecieron unos breves datos históricos de la Hermandad de San Cosme y San Damián. José Luis Redrado nos informó de la Asociación de Médicos Cristianos de Cataluña que acaba de constituirse. De Salus Infirmorum y de los Grupos Profesionales Cristianos de Madrid se nos había informado en la Mesa Redonda. De otros grupos que vienen funcionando en Lugo, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Córdoba, etc., se informó también.

Justo Bermejo, describió una *experiencia de promoción del seglar en el campo de la enseñanza*, que despertó gran interés por la novedad de sus planteamientos y por su realismo.

Se entregó una breve referencia de *cauces existentes en Francia y en Italia* para profesionales cristianos en el mundo de la salud. Ver documento aparte.

Como final del tratamiento del tema central, el Equipo reflexionó sobre las *necesidades de los profesionales seglares cristianos y de lo que nosotros podemos aportarles*.

El Equipo dedicó la última parte de la Reunión a las Conclusiones de la VI Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria. Se presentaron unas *sugerencias para aplicar en la diócesis las líneas de acción aprobadas*.

Finalmente, los distintos miembros del Equipo informamos de las actividades y proyectos de nuestros respectivos campos.

## DOCUMENTO

Los miembros del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria, tras haber escuchado a un grupo de profesionales seglares cristianos y reflexionado con ellos sobre su misión específica, los retos que el mundo de la salud está planteando, las dificultades con que se encuentran a nivel personal, ambiental y estructural, y los cauces para impulsar su presencia activa.

*Han constatado que:*

— En buena parte de los profesionales seglares cristianos se da una *disociación* entre su vida de fe y el ejercicio de su profesión.

— Se da una clara separación y desunión entre los distintos estamentos de profesionales sanitarios.

— Los centros de interés en la actuación de muchos profesionales seglares cristianos no difieren del resto de los profesionales: materialismo, tecnicismo, lucha por el poder.

— Muchos profesionales se encuentran con serios problemas de rupturas personales y/o familiares, que repercuten negativamente en el ejercicio de su profesión.

— Existe individualismo y aislamiento en los profesionales seglares cristianos.

— Son muy numerosos los profesionales seglares cristianos comprometidos a nivel individual y colectivo pero no en el ámbito de trabajo, sino en otros ámbitos: movimientos familiares, comunidades cristianas, parroquias, etcétera.

— Hay una gran dificultad para manifestar explícitamente su fe y para asociarse, por motivos varios: no ver la necesidad, temor a ser *señalados*, miedo a meterse en

un tinglado que no se sabe bien qué busca, pide y exige, temor a dejarse interpelar por un medio que cuestiona mucho, falta de credibilidad de la *iglesia* por sus incoherencias, etc.

— Hay un buen número de profesionales seglares cristianos que se sienten solos, desorientados, con ganas enormes de vivir desde la fe su profesión junto a otros, pero no encuentran los cauces apropiados para ello.

Ver, a la luz de estas constataciones, las necesidades siguientes:

— Diálogo entre fe y ciencia que ayude al crecimiento armónico del profesional en ambas dimensiones.

— Educación para una *asistencia integral del enfermo*.

— Preparación para trabajar en equipo.

— Formación permanente.

— Nuevos cauces de ejercicio de su profesión fuera de los hospitales.

— Modelos actuales de profesionales creyentes.

— *Espacios* para encontrarse y autoformarse, etc.

## PISTAS PARA LA ACCION EN ESTE CAMPO

— Optar por una *iglesia = pueblo de Dios* en la que todos somos miembros iguales, necesarios todos, cada cual con su carisma propio. Trabajar para que esta opción se refleje en todo cuanto proyectemos y realicemos:

a) Redescubrir y construir una iglesia en la que los profesionales seglares cristianos puedan sentirse acogidos y encontrarse con el Señor en la persona de los hermanos.

b) Evitar la *clericalización* de los seglares.

— Provocar y alentar el testimonio individual.

— Escucharles y hacernos eco de sus opiniones y necesidades.

— Ofrecerles, con toda honradez, el apoyo y la ayuda que podamos.

— Reflexionar con ellos y compartir problemas, preocupaciones, experiencias, etc.

— Integrar a profesionales seglares cristianos, de forma real, en tareas concretas y definidas.

— Hacernos presentes y estar cerca de las Asociaciones/Grupos de profesionales seglares cristianos, con respeto y como colaboradores.

— No parece viable, en estos momentos, la formación de una nueva Asociación o Movimiento Especializado de Profesionales Seglares Cristianos. Sin embargo, hemos de realizar un esfuerzo cada uno en particular y todos en común por convocar y acompañar a los que quieran ser *pueblo de Dios* a pesar de todo e ir creando *espacios de encuentro, diálogo, formación y compromiso cristiano*.

— Estar en contacto y trabajar *conjuntamente* con el Secretariado Nacional de la Comisión Episcopal de Apostolado Seglar y con los Delegados Diocesanos de dicho Apostolado.

— Contar en los Secretariados Diocesanos con la presencia representativa de los profesionales seglares cristianos.

— Contar en las reuniones del Equipo Nacional de Pastoral Sanitaria con profesionales seglares cristianos que sean representativos.

## LÍNEAS DE ACCIÓN EN LAS DIOCESIS

### Realismo sociológico

Elaborar un informe sobre la situación de la *población enferma* en la diócesis, que incluya:

- Número de enfermos.
- Distribución por zonas geográficas y por edades.
- Características patológicas, económicas, sociales y familiares.
- Necesidades.
- Recursos asistenciales que el mundo de la salud ofrece en las diócesis a la población enferma y a los sanos, tales como:

a) Instituciones docentes para profesionales sanatorios: facultades de medicina, escuelas de enfermería, etc.

b) Entidades destinadas a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, y tipos de actividades que desarrollan.

c) Centros hospitalarios y de medicina ambulatoria: número, capacidad, características de los mismos, distribución..., centros de convalecientes, etc.

(Si es posible, recabar estos datos de los organismos sanitarios pertinentes, o bien solicitar la colaboración, por ejemplo de Cáritas diocesana).

Hacer una *evaluación crítica* de estos datos, para tener a disposición un panorama objetivo.

Elaborar asimismo un *informe* sobre los recursos que la *Iglesia diocesana* tiene desplegados para asistir a la población enferma en sus necesidades pastorales y de otros tipos; informe que debe incluir:

— Número de personas dedicadas a la asistencia a los enfermos clasificándolos *por sectores* de líneas pastorales:

a) Sector de *parroquias* y *comunidades cristianas* (sacerdotes religiosos/as y seglares comprometidos en esta pastoral).

b) Sector de asistencia hospitalaria (capellanes, religiosos/as sanitarios/as y seglares profesionales).

c) Sector de *asociaciones* y *movimientos de voluntariado*.

Hacer también una *evaluación crítica* sobre la utilización y distribución de dichos recursos desplegados por la Iglesia diocesana.

Con todo ello, elaborar un plan diocesano de objetivos y actuaciones a largo, a medio plazo y anual, que tenga en cuenta las disponibilidades como las necesidades descubiertas.

### Sensibilización

— Dar a conocer a la jerarquía diocesana la *situación de la población enferma* de la diócesis y la *situación* en ella de la *Pastoral Sanitaria*.

— Comunicar periódicamente —al menos anualmente— los objetivos y acciones correspondientes de la Pastoral Sanitaria diocesana al Consejo Pastoral de la diócesis.

— Relacionarse también de modo habitual con otras delegaciones de Pastoral diocesana, para conocer y dar a conocer los objetivos comunes y facilitar la mutua colaboración.

— Usar siempre que se pueda los *medios de comunicación social*, para dar a conocer tanto la problemática del mundo de los enfermos, como las iniciativas de la Pastoral Sanitaria diocesana.

### Formación

En las diócesis pequeñas, y donde la Pastoral Sanitaria se encuentre en el comienzo de su renovación, convocar a todos los que trabajan pastoralmente con enfermos a un *Curso de iniciación general a la Pastoral Sanitaria*.

Promover cursillos o jornadas de formación sectorial para los distintos agentes de Pastoral Sanitaria, según planes de formación continuada.

Facilitar dicha formación mediante la *entrega periódica de materiales*, agrupando éstos temáticamente y suministrándolos mediante la forma, por ejemplo, de *Carpetas de Documentación*.

*Conectar con las instituciones docentes*: seminario diocesano, casas de formación religiosa, colegios de EGB y BUP, escuelas de magisterio, etc., para que, teniendo en cuenta sus respectivos programas de estudio y formación, se incluya en ellos, dónde y cómo convenga en cada caso, la temática de los enfermos y del mundo de la salud.

### Presencia activa de los seglares

*Animar*, desde la delegación diocesana de Pastoral Sanitaria la *participación creciente* de los seglares comprometidos en la pastoral diocesana (apostolado seglar, movimientos parroquiales, etc.) en las tareas que son de su competencia y responsabilidad dentro del mundo de la salud.

*Estudiar en conjunto* con representantes de los movimientos de apostolado seglar, y teniendo como fondo la realidad diocesana, los *aspectos concretos de la misión del seglar en la Pastoral Sanitaria local*.

*Impulsar*, por ejemplo, desde las asociaciones de enfermos, tales como Fraternidad, la incorporación de éstos a la Pastoral Sanitaria diocesana.

### Coordinación

Periódica y frecuente de la Delegación diocesana de Pastoral Sanitaria con el resto de las entidades de la diócesis.

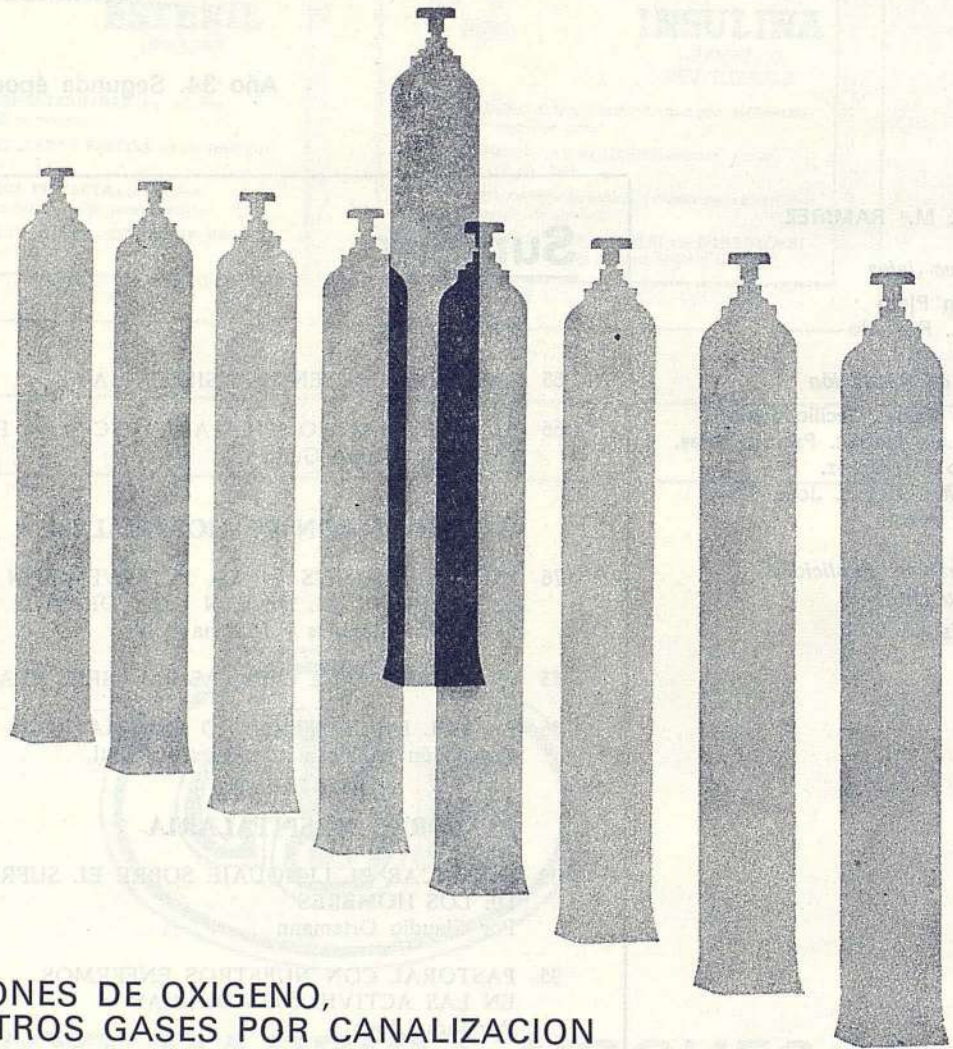
Para lograrla, *dentro de la misma delegación de Pastoral Sanitaria* constituir como organismo decisor y operativo de la misma un *equipo pastoral* en el que estén representados todos los sectores de agentes que trabajan en y para ella, y establezcan un calendario de reuniones periódicas conjuntas.

JOSÉ L. REDRADO



# 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»

## Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

- JAQUET FRERES. GENEVE. Fijador Externo. OSTEOTAXIS del Dr. R. HOFFMANN
- LEPINE á LYON. Instrumental de Ortopedia para Escoliosis del Dr. STAGNARA y para cirugía de la rodilla Dr. TRILLAT
- ETS TASSERIT. FRANCIA. Mesas quirúrgicas modelo Prof. JUDET
- ETS TORNIER. Grenoble. Placas-grapas-prótesis sin cemento del Prof. JUDET
- I.P.A.S. Jeringas hipodérmicas. Cristal y uso único

### JEAN MACE

Balmes, 349 - Teléfono (93) 247 32 22  
BARCELONA-6



## ANGEL 24

24 horas del día a su ¡servicio!

- EN SU DOMICILIO
- EN SU EMPRESA

Y AHORA!!!

- Servicio directo en menos de doce horas, puerta-puerta, a cualquier punto de España.

LLAMENOS

Andrea Doria, 8 - Tel. 23 21 41  
PALMA DE MALLORCA - 14

## 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

## Comercial ORDOÑEZ

- INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA
- MATERIAL DESECHABLE
- MOBILIARIO CLINICO
- FERULAS DE INMOVILIZACION
- APARATOS DE ELECTROMEDICINA
- MONTAJE DE DISPENSARIOS

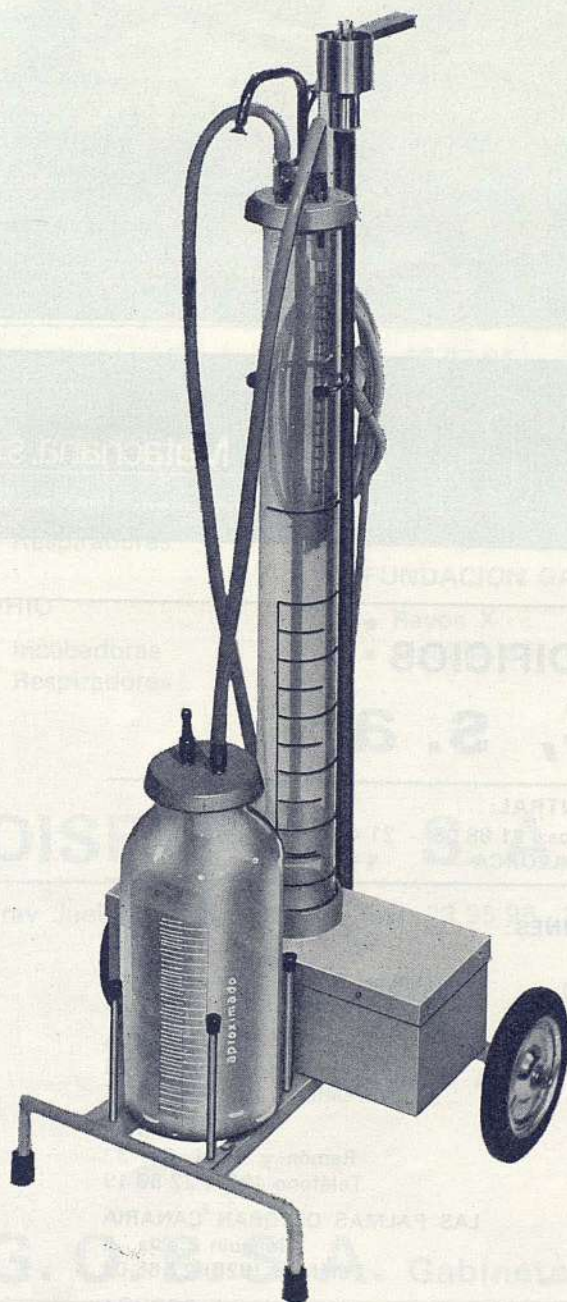
Tels. 255 13 25 - 255 17 03 Oficinas: Siglo XX, 31  
BARCELONA-26 Tienda: Agregación, 19

*Industrial Ordisi, S.A.*

Carretera del Medio, 193 / L'HOSPITALET (Barcelona)

## ASPIRADOR PLEURAL FM-81

PARA CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR



- Indicador de depresión con regulación manual de 5 a 30 cms. H<sub>2</sub>O.
- Sellador para evitar la entrada de aire al enfermo.
- Manómetro de presión negativa paciente con válvula de seguridad.
- Válvula de seguridad presión positiva paciente.
- Frasco recolector de 2½ litros de cristal esterilizable en autoclave.
- Doble bomba de aspiración para 170 ó 300 litros hora.
- Diseñado especialmente para un fácil desplazamiento.
- Voltaje a 125 ó 220 V. según pedido.
- Fabricado según normas CEI.
- Garantía un año.

DISPONEMOS DEL MODELO FM-77 CON CONEXION PARA CANALIZACION  
Nuestra gama FM le ofrece mejores prestaciones y eficacia que las unidades  
desechables con un considerable ahorro económico.

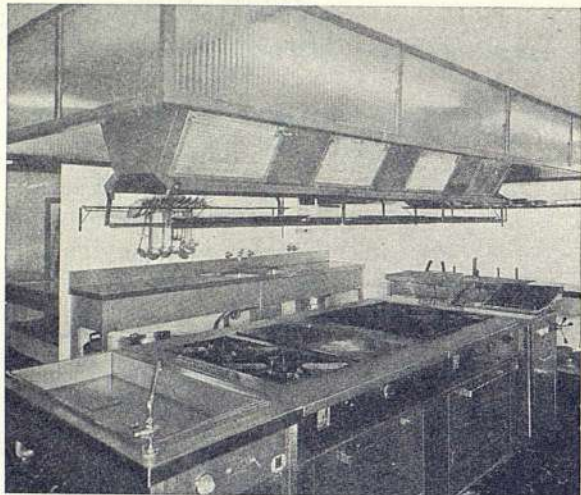
# HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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

## LIMPIEZA EDIFICIOS LIMTEC, s. a.

### OFICINA CENTRAL:

San Miguel 30-70 — Teléfonos: 21 68 05 - 21 48 47  
PALMA DE MALLORCA

### DELEGACIONES:

#### LEON

Virgen de la Velilla, 5  
Teléfono (987) 24 27 30

#### ALICANTE

Padre Recaredo de los Ríos, 40 - Local 6  
Teléfono (965) 12 04 64

#### BARCELONA

Navas de Tolosa, 280  
Teléfono (93) 351 14 11

#### SALAMANCA

El Greco, 10, 3.º C  
Teléfono (923) 23 51 53

#### PALMA DE MALLORCA

Comandante Sureda Hernández, 11  
Teléfono (971) 29 45 35

#### ZARAGOZA

San Antonio, 55  
Teléfono (976) 33 07 50

#### SEVILLA

Lubina, 6, 2.º (San Jerónimo)  
Teléfono (954) 38 01 75

#### VALENCIA

Enrique Granados, 13  
Teléfono (96) 378 03 54

#### TARRAGONA

Ramón y Cajal, 62, 3.º  
Teléfono (977) 22 50 19

#### LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Joaquín Costa, 5  
Teléfono (928) 27 65 04

#### LA CORUÑA

Paseo de Ronda A. V. 4.º C  
Teléfono (981) 26 53 78

#### HUELVA

Rico, 49 - Bajo A  
Teléfono (955) 24 71 97

# PROMEDIC, S. A.

Comercial de Productos Médicos. Material fungible y de implante

Andrea Doria, 8-A - Tel. 28 85 62 - PALMA DE MALLORCA-14

PG. PERGUT  
BIRD  
3 M de España  
FABERSANITAS

SYNTHES HISPANIA - N.º 1 EN OSTEOSINTESIS  
PROTEK  
ALLO-PRO  
LAWTON CELLONA  
HEXCELITE. Nueva técnica en inmovilización

# REMEX Electromedicina, S. A.

Fray Junípero Serra, 18 - Tel. 23 95 96 - PALMA DE MALLORCA

BOC MEDISHIELD

- Monitores
- Anestesia
- Respiradores

AB MEDICA

- Cardioline
- Welch Allin

HANS E. RUTH

- Bosch
- Heine

OHIO

- Incubadoras
- Respiradores

FUNDACION GARCIA MUÑOZ

- Rayos X
- Mobiliario

POLAROID

- Manufacturas Médicas
- Suctor
- Matachana

# DISFARMA, S. A. Distribuciones Farmacéuticas

Fray Junípero Serra, 18 - Tels. 23 95 96 - 28 55 97 - PALMA DE MALLORCA

VECTEM

- Pon Emo
- Emo Pon

AL SERVICIO DE LA FARMACIA EN BALEARES

# G. O. B. S. A. Gabinete Ortopédico Balear, S. A.

Andrea Doria, 8-A - Tel. 28 85 62 - PALMA DE MALLORCA

TALLER PROPIO CON TECNICOS CUALIFICADOS





# MAQUET

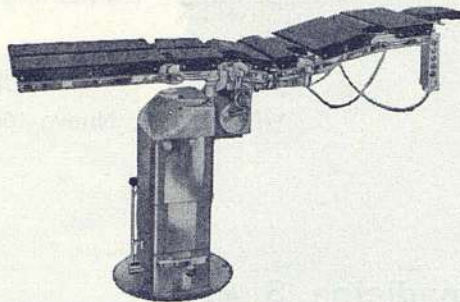


**RASTATT/BADEN**  
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

**FUNDACION GARCIA MUÑOZ**  
LA ORGANIZACION COMERCIAL  
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

VALENCIA 18 - Lorca, 7-9 - Tel. 96-3263305  
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31  
Teléfono 21 34 46 - 976



Electromedicina

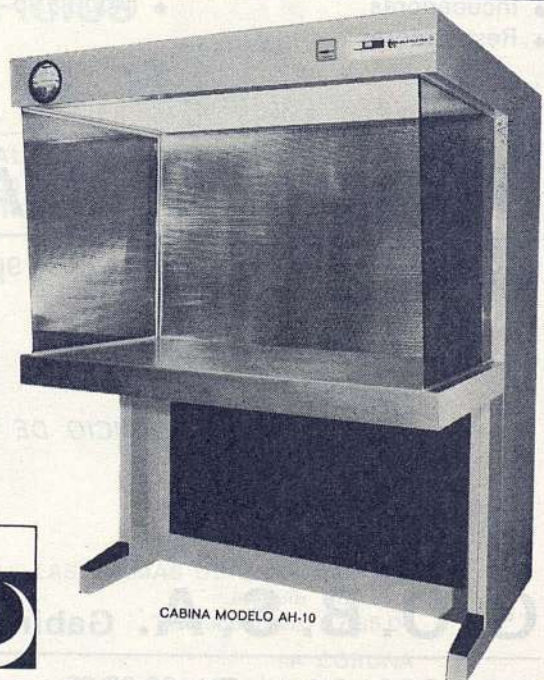
- \* Cabinas estériles y módulos de impulsión a flujo laminar
- \* Salas estériles



MODELO CAM 700 I



MODELO CAM 1400



CABINA MODELO AH-10

NAVALLES

Empresa .....  
 Nombre .....  
 Cargo .....  
 Dirección .....  
 Teléfono .....  
 Solicita envío de más amplia información.  
 Solicita ser visitado.



VERIFICACION DE UN TECHO VERTICAL CAM 4200 V



## telstar

APLICACIONES TECNICAS DEL VACIO

José Tapiolas, 120 • Tel. 785 28 00 • Apartado 317 • TERRASSA • Telex 56.101 LIOF-E  
DELEGACION CENTRO: Amado Nervo, 15 • Tel. 433 72 96 y 433 73 46 • MADRID-7

BOMBAS DE ALTO VACIO • EQUIPOS DE LIOFILIZACION • CABINAS DE ESTERILIZACION

¡¡Ahora en España!!

# HEXCELITE

## NUEVA TECNICA DE INMOVILIZACION

---

### Venda termoplástica

- PACIENTE AMBULATORIO EN 20 MINUTOS
- REMOLDEABLE
- LAVABLE
- NO ENSUCIA
- TRANSPIRABLE
- NO PICA
- NO PESA

---

### Distribuye HOSPROSA

*Central:* Vasco de Gama, 11 - Tel. (971) 45 24 11 - PALMA DE MALLORCA

*Delegación:* Azcona, 17 - Tel. (91) 255 53 50 - MADRID

*Delegación:* Ganduxer, 34 - Tel. (93) 201 96 14 - BARCELONA

---

### Distribuidores

VALLADOLID. Ortopedia Cañamares - 22 38 43

GALICIA. Lameiro - 59 75 04

ASTURIAS. Surgimedica - 29 81 80

VASCONGADAS. Sumisan - 444 09 62

ARAGON. Dimesan - 35 27 28

CATALUÑA. Caribú - 798 89 15  
PMH - 201 96 14

BALEARES. Promedic - 28 85 62

MADRID. Sugesa - 433 89-17

EXTREMADURA. Gaspar Díez - 22 44 18

SEVILLA. Chan-Plex - 61 58 31

GRANADA. Miguel Yesares - 27 64 47

MALAGA. Sumedsa - 23 46 11

VALENCIA. Dispromed - 327 42 00

ALICANTE. Aldimesa - 20 22 54

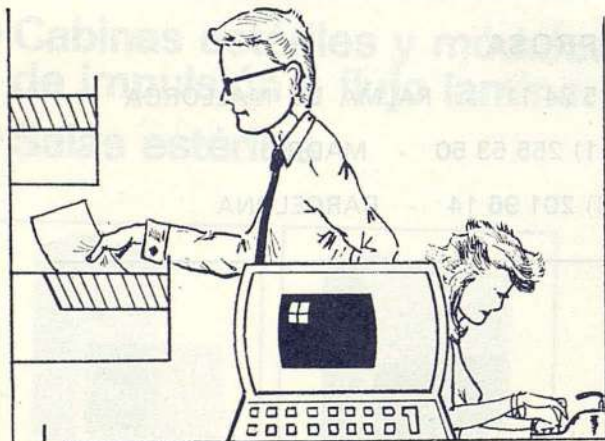
MURCIA. Sumelosa - 24 32 02



# construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



## Miguar

TODO PARA LA OFICINA

VENTAS: Rbla. Cataluña, 112  
ALMACEN y VENTAS: Rosellón, 247  
MOBILIARIO: Av. Infanta Carlota, 23  
Tels. 217 63 16 / 217 62 58  
BARCELONA





# Más de dos siglos administrando su dinero.

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

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

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

**Le invitamos a comprobarlo...**



## BANCA JOVER

**Banqueros desde 1737**

# PROMEDIC, S. A.

Comercial de Productos Médicos. Material fungible y de implante

---

Andrea Doria, 8-A - Tel. 28 85 62 - PALMA DE MALLORCA-14

PG. PERGUT  
BIRD  
3 M de España  
FABERSANITAS

SYNTHES HISPANIA - N.º 1 EN OSTEOSINTESIS  
PROTEK  
ALLO-PRO  
LAWTON                      CELLONA  
HEXCELITE. Nueva técnica en inmovilización

# REMEX Electromedicina, S. A.

Fray Junípero Serra, 18 - Tel. 23 95 96 - PALMA DE MALLORCA

BOC MEDISHIELD

- Monitores
- Anestesia
- Respiradores

OHIO

- Incubadoras
- Respiradores

AB MEDICA

- Cardioline
- Welch Allin

FUNDACION GARCIA MUÑOZ

- Rayos X
- Mobiliario

HANS E. RUTH

- Bosch
- Heine

POLAROID

- Manufacturas Médicas
- Suctor
- Matachana

# DISFARMA, S. A. Distribuciones Farmacéuticas

Fray Junípero Serra, 18 - Tels. 23 95 96 - 28 55 97 - PALMA DE MALLORCA

VECTEM

- Pon Emo
- Emo Pon

*AL SERVICIO DE LA FARMACIA EN BALEARES*

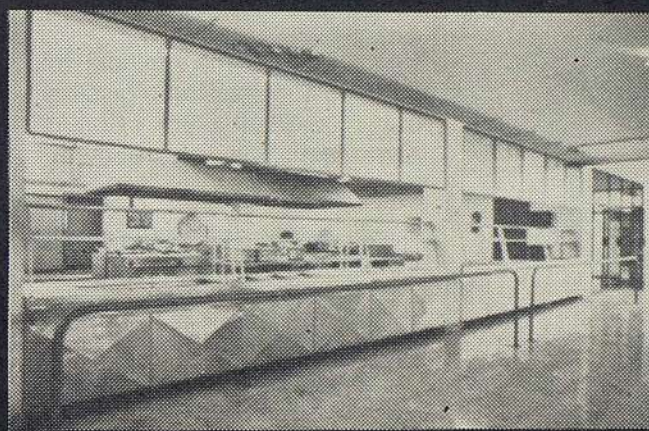
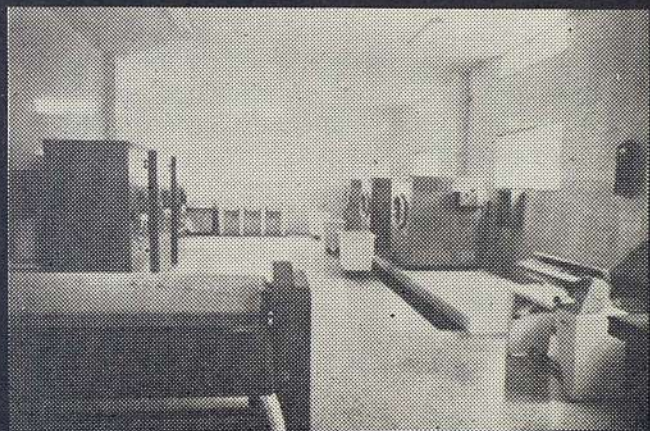
# G. O. B. S. A. Gabinete Ortopédico Balear, S. A.

Andrea Doria, 8-A - Tel. 28 85 62 - PALMA DE MALLORCA

*TALLER PROPIO CON TECNICOS CUALIFICADOS*

# 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

# LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

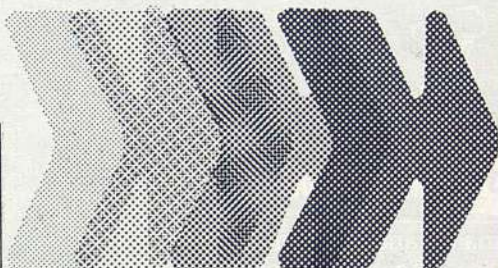
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



## SAEL

S.A. de Entretenimiento  
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16\*  
Barcelona - 5

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

**Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.**

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatc está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades. No obstante todas tienen en

común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

**GEVAMATIC 110 U:** Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

**GEVAMATIC 240 U:** Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

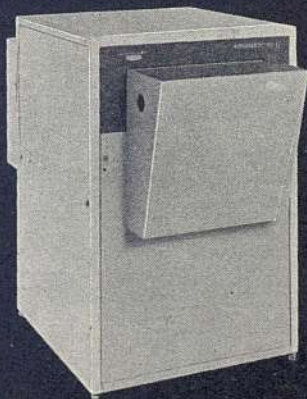
**GEVAMATIC 401:** Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

**GEVAMATIC R 10:** Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 x 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

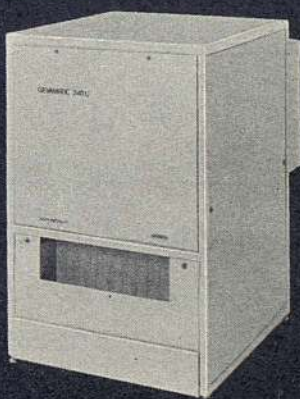
**GEVAMATIC 60:** Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

AGFA-GEVAERT, S. A.  
Provenza, 392  
Barcelona-25

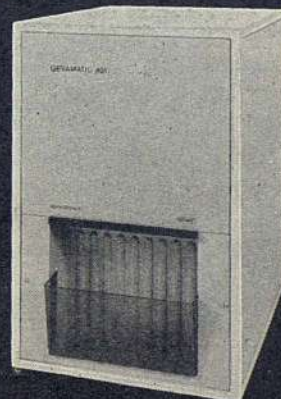
GEVAMATIC 110 U



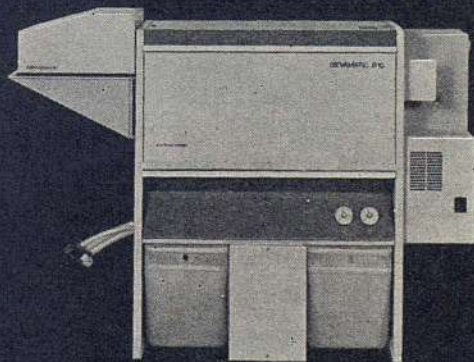
GEVAMATIC 240 U



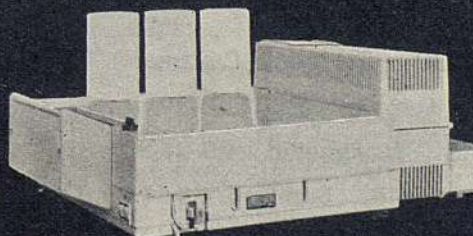
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60





**¡¡Ahora en España!!**

# HEXCELITE

## NUEVA TECNICA DE INMOVILIZACION

---

### **Venda termoplástica**

- PACIENTE AMBULATORIO EN 20 MINUTOS
- REMOLDEABLE
- LAVABLE
- NO ENSUCIA
- TRANSPIRABLE
- NO PICA
- NO PESA

---

### **Distribuye HOSPROSA**

*Central:* Vasco de Gama, 11 - Tel. (971) 45 24 11 - PALMA DE MALLORCA

*Delegación:* Azcona, 17 - Tel. (91) 255 53 50 - MADRID

*Delegación:* Ganduxer, 34 - Tel. (93) 201 96 14 - BARCELONA

---

### **Distribuidores**

VALLADOLID. Ortopedia Cañamares - 22 38 43

GALICIA. Lameiro - 59 75 04

ASTURIAS. Surgimedic - 29 81 80

VASCONGADAS. Sumisan - 444 09 62

ARAGON. Dimesan - 35 27 28

CATALUÑA. Caribú - 798 89 15  
PMH - 201 96 14

BALEARES. Promedic - 28 85 62

MADRID. Sugesa - 433 89-17

EXTREMADURA. Gaspar Díez - 22 44 18

SEVILLA. Chan-Plex - 61 58 31

GRANADA. Miguel Yesares - 27 64 47

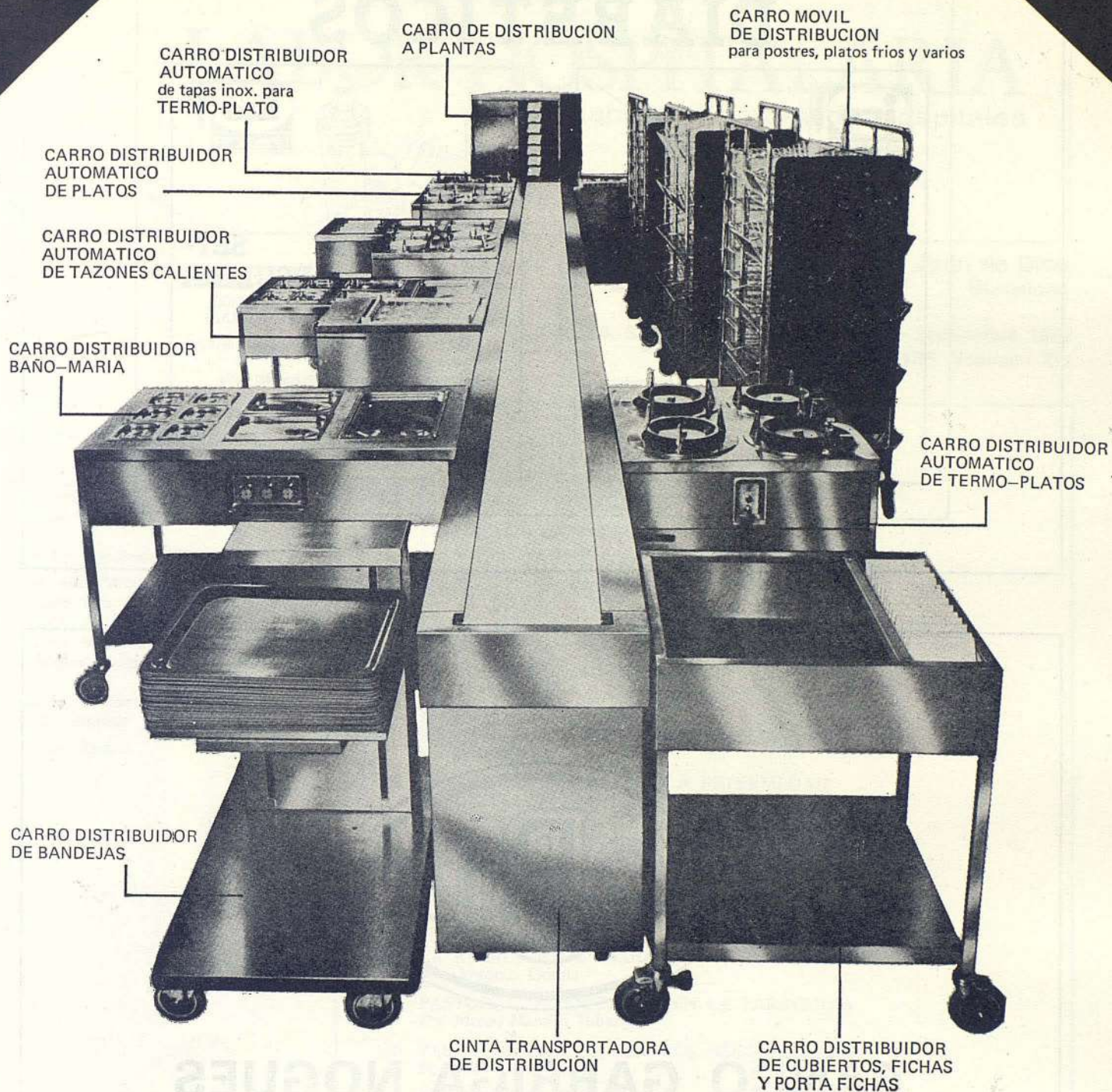
MALAGA. Sumedsa - 23 46 11

VALENCIA. Dispromed - 327 42 00

ALICANTE. Aldimesa - 20 22 54

MURCIA. Sumelosa - 24 32 02

# 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

DOS BUENAS SOLUCIONES PARA  
**DIABETICOS**



JERINGA  
**ESTERIL**  
 INSULINA

- **GARANTIA DE ESTERILIDAD** por su bolsa **INDIVIDUAL** de poliester.
- **ESCALA MAS CLARA Y PRECISA** en dos modelos de jeringa: de 1 y 2 ml.
- **DOSIFICACION PERFECTA** por el suave deslizamiento del pistón de goma medical.
- **AGUJA «ICO-INDOLORE» EXTRAFINA** siliconada y de múltiples afilados.



**SET-INSULINA**  
 HERMETICO  
 REUTILIZABLE

- **PRACTICO**, de diseño reducido que permite llevarlo consigo cómodamente.
- **ECONOMICO** (más de 100 utilizaciones) y sólo precisa lavar y hervir.
- **SEGURO**, protege de roturas y mantiene la esterilidad en inmersión de alcohol.
- **JERINGA CRISTAL Y 2 AGUJAS «ICO-INDOLORE»** (Jeringa de cono vidrio o metal en 0,5, 1 ó 2 ml.).



**BANCO GARRIGA NOGUES**

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona