

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral Sanitarias

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 34. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1982
Número 186. Volumen XIV

Director

ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

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

*Administración, Publicidad
y Distribución*

José Esteve

Dirección

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

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

Sumario

LH OPINA

- 203 NECESIDAD DE IDENTIFICACION ANTE EL PACIENTE
Y SUS FAMILIARES
- 204 HUMANIZAR EN EL HOSPITAL, TAREA DE TODOS
Por Francisco de Llanos

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 210 PSICOPROFILAXIS PARA EL PARTO
Por Cristina Batlle, José M.ª Campos y Rosa Florensa
- 213 DERECHO DEL HOMBRE A LA SALUD
Por José L. Redrado, O.H.

PASTORAL SANITARIA

- 217 ELEMENTOS PARA UNA PASTORAL DE LA SALUD
Por Pedro Jacob

JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

- 225 PALABRAS DEL PAPA A LOS ENFERMOS Y A LOS ANCIANOS

NOTICARIO

- 228 HOSPITALES
- 232 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

Necesidad de identificación ante el paciente y sus familiares

Hablamos en el número anterior de la identidad del paciente como jalón imprescindible para alcanzar la humanización en la asistencia.

En el mismo orden de inquietudes resulta imprescindible la identificación del personal asistencial.

En el hospital, y tanto más cuanto más complejo, se suceden frente al enfermo una serie ininterrumpida de médicos, de enfermeras y de otro tipo de personal asistencial como sacerdotes, asistentes sociales, administrativos, etc. Resulta lógico para el paciente y su familia que cada uno se identifique adecuadamente en su papel para que el paciente conozca en todo momento lo que ha de esperar de cada uno de ellos. Y a quien puede acudir cuando necesite ayuda en uno u otro sentido.

Pero por su cercanía, frecuencia de trato y dependencia en cuanto a la propia situación de las actuaciones y decisiones por ellos llevadas a cabo, la necesidad de identificación ante el paciente y sus familiares del médico y de la enfermera resulta imprescindible. Y hablamos en singular de estas personas porque así debe ocurrir en todos los casos que un solo médico, y siempre el mismo, se haga responsable del paciente, se constituya en su médico de cabecera y sea a través de él y bajo su coordinación como reciba toda atención médica el paciente. El trato cotidiano, la conversación mantenida alrededor de la propia visita médica y el recibir únicamente de él toda la información necesaria en cuanto a su enfermedad, pronóstico y medios a emplear, constituirán la faceta brillante de la humanización que sostiene la esperanza fundada en la curación.

Por parte del personal de enfermería resulta imposible el trato con una sola persona por la necesaria sucesión de los turnos, pero sí resulta necesario que en cada uno de ellos sea siempre la misma persona la que se cuide del paciente y sus familiares que pronto se habituarán a esperar su llegada y sus peculiares modos de atención.

Es así, y fundamentalmente a través de la comunicación con estas dos figuras asistenciales, «su» médico y «su» enfermera, como el paciente y su familia irán superando la crisis de la enfermedad con calor humano aun cuando hayan sido necesarios los mayores tecnicismos e incluso «agresiones» y solamente así identificarán a posteriori al hospital como algo positivo que constituyó parte de su propia vida.

HUMANIZAR EN EL HOSPITAL, TAREA DE TODOS*

INTRODUCCION

Salud y enfermedad constituyen la diaria dialéctica de la afirmación y regresión de la vida del hombre; ambos estados integran por igual la naturaleza del ser humano.

Junto a la salud como experiencia feliz de la vida, la enfermedad se presenta como la incapacidad de sostener este impulso vital, contradiciendo y paralizando nuestro deseo de vivir. Es un radical bloqueo a nuestro ser profundo.

La situación de enfermedad suele ser compleja en sus manifestaciones:

- Hay un desgarramiento de la unidad subjetiva de la persona.
- Esta pierde la seguridad y presenta dificultades para relacionarse con el medio.
- Experimenta ansiedades y angustias que desequilibran su personalidad y la de sus familiares.
- Psicológicamente se vuelve regresiva y, a nivel social, se comporta *egoístamente*.
- Cuando la enfermedad toca la dimensión religiosa surge lo sagrado como fuerza que nos arrebatamos el dominio de nuestra vida, degenerando a veces en actitudes mágicas que nada tienen que ver con la fe.
- Los sentimientos de ansiedad suelen alcanzar también al equipo asistencial en situaciones donde el aspecto evolutivo de la enfermedad se relaciona con la invalidez, la cronicidad o la muerte.

Esta situación del hombre enfermo se da hoy, generalmente, en el hospital. El hospital se acerca al enfermo con un aceptable nivel de asistencia técnica; y esto, en sí mismo, es un valor importante. Sin embargo, la estructura hospitalaria, sus responsables y profesionales han olvidado con frecuencia y desconocen al hombre enfermo como persona: Intereses económicos y políticos, la custodia del prestigio personal, el afán de lucro, la carencia de vocación humana

* Reflexión presentada en la Segunda Convivencia de Pastoral Sanitaria de Aguadulce (Almería) 12-16 de julio de 1982 por Francisco de Llanos.

y de dignidad profesional, el endiosamiento y el abuso de una actitud mágica han convertido en cosa al enfermo y lo han instrumentalizado.

Según estamos insinuando, es verdad que la situación creada por la enfermedad es compleja a muchos niveles; de ahí que la respuesta que ha de ofrecer el hospital debe ser lo más completa posible, teniendo siempre en cuenta la peculiaridad de cada persona enferma. Concebimos, así, el hospital como el lugar de acogida donde los vocacionados profesionales de la salud luchan desde su competencia contra toda forma de restricción de vida que se presenta en el individuo y en la comunidad a través de una acción conjunta y personalizada, científica y cercana. Y desde esta perspectiva planteamos la humanización de la asistencia, entendiendo ésta como el proceso esencial que tipifica la relación de salud entre el paciente y el medio sanitario que cuida de él.

Este planteamiento implica a todos los que en teoría estamos incluidos por profesión y vocación en el *equipo de salud*: médicos, personal de enfermería, asistentes sociales, los responsables de la asistencia religiosa, los familiares, psicólogos, los burócratas del hospital y el personal administrativo. En tal sentido, humanizar es tarea de todos.

PLANTEAMIENTO DE LA HUMANIZACION EN EL HOSPITAL

Entendemos la humanización como un proceso que abarca e incide en todos los ámbitos donde el hombre está presente con su realidad de persona y como comunidad, y donde lo que importa es este hombre y esta comunidad. Podemos afirmar que la humanización es la mejor alternativa que el hombre de finales del siglo xx puede plantearse como proyecto de vida; pues desde las concretas estructuras políticas, sociales, empresariales, burocráticas, religiosas, educativas, artísticas, sanitarias, etc., la humanización supone un encuentro del hombre consigo mismo y con su comunidad, ensayando así la armonía feliz de la libertad y de la plenitud a que el ser humano aspira.

El proceso de humanizar, por tanto, no se reduce al mundo sanitario-hospitalario, si bien su implantación es aquí más perentoria dada la restricción vital que padece el hombre y la dependencia y necesidad que presenta ante los demás.

Tampoco debe pensarse en el proceso de humanización como alternativa excluyente a los importantes logros técnicos de la medicina en favor del hombre y la comunidad. Es un peligro al que nos pueden arrastrar ciertas esclavitudes que la técnica mal empleada produce en un considerable número de enfermos y familiares; pues, cuando priva el interés clínico de los facultativos y de la estructura hospitalaria —con sus costumbres y ritos— sobre el hecho de personalizar la relación profesional de la asistencia, es *normal* que se produzca la ley del péndulo en la gente al rechazar una medicina técnico-agresiva-manipuladora-impersonal y desear, por el contrario, una vuelta al encuentro humano con el médico-equipo a través de una relación coloquial base de toda acción terapéutica.

Sería, igualmente, desacertado reducir la humanización al hecho de *homenajear* la situación de necesidades vitales que presentan los enfermos con palabras y gestos insultantes de lastimeos, resignaciones y compadecimientos. De otro lado, poner también en marcha el *mito del samaritanismo* (que tiende a colocar en primer plano los rasgos de la abnegación, de la ternura y el sacrificio por parte del profesional) supondría pasar por alto el reconocimiento de los Derechos del Hombre Enfermo, haciendo consistir la humanización en una erótica remilgada de caridades propia de conciencias trasnochadas.

El proceso de humanización requiere, en definitiva, un planteamiento serio, profundo, surgido de las necesidades reales que la persona tiene en su situación de enfermedad. Es una tarea común en la que todos los sanitarios estamos implicados por igual; y no podemos derivarla a ningún especialista o decir «esto es competencia de los humanistas del hospital». Si bien abogamos por la institucionalización viva y permanente de este proceso, no consideramos que la humanización deba ser materia científica exclusiva de un grupo de románticos-utópicos,

pues si alguna ciencia puede considerarse integralmente humana en su concepción y en su aplicación esa es la Medicina. Lo que pasa es que desde mediados del presente siglo muchos profesionales de esta ciencia y afines, empujados por la presión comercial y lucrativa, han cedido más a la idolatría de la técnica y a las estadísticas de la *eficacia*. Por eso resulta difícil recuperar la salud del profesional y del medio hospitalario como pasos previos para comenzar este proceso de humanización en el mundo de la salud. Este es el problema.

EL CAPELLAN COMO AGENTE HUMANIZADOR

¿Qué significación tiene hoy la inserción de un sacerdote en la función salud dentro del ámbito hospitalario? Se trata de cumplir una actividad profesional que se relaciona con los últimos momentos de la vida humana, con la consolación de los enfermos en su sufrimiento, con la muerte y los ritos de la muerte (incluida la bendición in extremis del moribundo en cuyo cuerpo pudieran cometerse despropósitos asistenciales imbendecibles desde cualquier punto de vista). ¿O acaso la función de salud que justifica la presencia del sacerdote es, por el contrario, participar en la tarea de la evangelización?

Es incuestionable, desde luego, la conexión que existe entre Evangelio y curación, entre Buena Noticia y atención privilegiada a los que sufren en su propia carne el mal psicofísico; así, por ejemplo, Lc 6, 20-26; 4, 16; Hech 3, 1-10; 5, 12-16; 8, 4-13, etc. Nos interesa que esto lo tengamos siempre presente.

Ahora bien, debe ser objetivo de todo sacerdote que trabaja en el hospital definir la orientación de nuestro ser capellán que evangeliza en este mundo concreto. Debemos clarificar y decidir si estamos dispuestos a testimoniar la Buena Noticia con el espíritu, la competencia y las actividades adecuadas que esperan de nosotros los enfermos y el medio hospitalario, incorporándonos al equipo de salud y ofreciendo la respuesta personalizada que, desde una visión de fe, podemos aportar al hombre que enferma y sufre.

Realizar hoy nuestra misión de sacerdotes en el hospital exige, por tanto, comprometernos en una línea de renovación personal, profesional y de las estructuras para colaborar en el proceso de prestar cuidados de atención y ayuda saludables con el hombre que sufre.

En este contexto surge hoy, para un capellán de hospital, la necesidad de plantearse la humanización como alternativa de respuesta que debe asumir como función básica del hombre que evangeliza por vocación especial en el campo de la salud, y que debe compartir con todos aquellos profesionales sanitarios que, desde su trabajo, sirven a la causa del hombre.

LA CAUSA DEL HOMBRE, OBJETIVO PASTORAL

El hombre de hoy quiere, ante todo, ser hombre; y quiere ser hombre en un mundo lo más humano posible. Sin embargo, «el mundo ha perdido su rumbo; no porque falten ideologías orientadoras, sino porque no conducen a ninguna parte» (E. Ionesco, Festivales de Salzburgo, 1972). Hoy se piensa en el desarrollo —comenta Garandy— no como desarrollo humano sino como desarrollo científico y técnico en el que el hombre se siente como medio y no como fin. La cultura materialista del bienestar, en el dinero, en el consumo, etc., niega el espíritu del hombre originando su despojo físico, psicológico, social y moral.

¿Qué alternativa presenta sobre el hombre nuestra cultura religiosa? Si el hombre religioso es el que realiza diariamente una orientación integral de su vida hacia Dios y si el seguimiento de Jesús para un cristiano prevalece por encima de todas las ataduras familiares, exigiendo una transformación personal radical, nuestra cuestión inapelable como hombres religiosos es ésta: ¿cuál es la voluntad de Dios? La voluntad de Dios es el bien del hombre, su dignidad. Y de lo que se trata en la Biblia es de la salvación integral del hombre y de todos los hombres por iniciativa del amor de Dios. Jesús, concretamente, verifica esta radical identificación de la voluntad de Dios y el bien del hombre. No se puede estar a favor de Dios y en contra del hombre; no se puede ser piadoso y comportarse de forma inhumana. ¿Sucede esto en nuestra Iglesia? Todos somos

conscientes de que a veces aparentamos ser hombres piadosos, cumplidores, con buena imagen litúrgica, dado nuestro *rol* funcional de párrocos o de capellanes de hospital y, en la práctica, estamos lejos del hombre concreto porque aceptamos la ley y el sábado olvidando la pureza del corazón por la pureza ritual. Realmente, lo que Dios quiere es el bien del hombre; por eso no es Dios quien está en juego sino el hombre.

Según esta reflexión, podemos plantearnos estas cuestiones: ¿es prioritario para un sacerdote que trabaja en el hospital embarcarse en el proceso de humanización? Cuando uno está metido en tareas pastorales sanitarias ¿lo hace por Dios o por el hombre? ¿Qué es antes, el Evangelio o la humanización? ¿Es lo mismo el proceso de humanización que el proceso de evangelización?, ¿en qué se diferencian?, ¿en qué coinciden?

Dice H. Küng que «ser cristiano significa ser radicalmente hombre»; de ahí que todo hombre religioso, por el hecho de ser tal, camina hacia la transformación de su propia vida mediante la reforma de sus costumbres y el servicio al prójimo. Por tanto, cuando un hombre se considera creyente y su actitud no se traduce en fuente de servicio para los demás ocurrirá que o no ha personalizado esa actitud religiosa o que su actitud religiosa es una relación pervertida. Sucede que nuestro mayor peligro es no servir a Dios en los fines que él ha asignado a la historia y a cada uno de los hombres en ella sino servirnos de Dios al no acoger al prójimo imagen de Dios en cuanto lugar donde verificar nuestro amor a El. La causa de Dios no es el culto sino el hombre.

NUESTRA CONSIDERACION DEL HOMBRE DESDE EL CAMPO DE LA SALUD

Poner en marcha el proceso de humanización exige como elemento imprescindible el conocimiento del hombre, saber qué tipo de hombre tenemos delante al realizar nuestra función de salud y qué consideración hacemos de la misma. En este sentido, es necesario que todo profesional tenga en cuenta los siguientes aspectos:

● Una comprensión total del hombre, que integre tanto las funciones de los órganos como su vida personal. Hemos de superar los límites somáticos que nos sigue imponiendo la medicina científico-natural; en el enfermo, como ser humano que es, se integran simultáneamente aspectos emocionales, fisiológicos, ambientales, espirituales, psicológicos, sociales, económicos, etc. En la medida de lo posible, debemos conocer:

- Lo que le ocurre al enfermo aquí y ahora, en un momento dado.
- Lo que fue su pasado.
- Cuál es su proyecto vital.

● Aclarar que lo específicamente humano del paciente no se reduce a lo psíquico, si bien el ser psíquico está incluido también en la esfera patológica como otro factor más que integra la vida de la persona enferma.

La característica peculiar de la persona humana es su capacidad y necesidad de autorrealizarse en todas sus cualidades y posibilidades que la definen como tal persona. Ahora bien, cuando se inhibe el desarrollo de estas capacidades sobreviene la enfermedad y, en último término, la muerte. Por esta razón, la salud, la enfermedad y la curación no pueden definirse exclusivamente por los factores somáticos y psíquicos sino también por los socioculturales y personales.

● La salud humana es un hábito que, integrando los factores psicosomáticos, socioculturales y personales y estando al servicio de la vida y la libertad de la persona, consiste en la capacidad física de realizar, con un mínimo desorden somático y una molestia mínima, los proyectos vitales del individuo.

● Al trabajar en la persona humana y desde la persona humana debemos tenerla presente en cuanto sana, enfermable, enferma, curable y mortal; es decir,

se trata de una consideración de la persona en todo su ciclo vital, desde su fecundación (o nacimiento) hasta su inhumación (o muerte).

● Como de lo que se trata es de recuperar su ser integral de persona, la primera exigencia que todo enfermo nos plantea es conocer todas las necesidades que presenta; pues todas las necesidades que afecten a la integridad de las personas son básicas, tanto a nivel fisiológico como a nivel de autodeterminación. Lo que importa es la superación de toda la escala de necesidades para llegar a la maduración (Maslow).

● Siendo la persona humana, y cualquier persona, valor fundamental de la vida y del cosmos, nuestros actos y actitudes no tienen otra norma que no sea el bien y la autorrealización de la misma persona humana. De ahí que nuestra línea de comportamiento al realizar nuestras funciones propias en el mundo sanitario adquiere contenido; es decir, nuestros actos pueden ser declarados éticamente buenos o malos según que se ajusten o no al bien de la persona. Además, el elemento que especifica nuestro comportamiento en cuanto humano es la dimensión ética que, junto a los factores fisiológicos, psíquicos y socioculturales, constituye también a la persona en su estructura y se pone de manifiesto cuando el hombre *justifica* o *da razón* de sus actos, de su quehacer, de su profesión.

SENTIDO DE NUESTRA RELACION CON EL ENFERMO

En general, «un trabajador puede ser empujado hasta llegar a su nivel de incompetencia» (Lawrence Peter: The Peter Principle); es decir, permanece en su trabajo pero se siente infeliz porque no recibe satisfacciones de él. Sucede a veces en un hospital que los administradores de los Servicios de Enfermería, bien por incompetencia para tales funciones, bien por abuso de poder, etc., fuerzan a su personal a realizar funciones que van más allá de su nivel de posibilidades personales y profesionales. Esto es causa de pedir el cambio de servicio, de angustia, de irresponsabilidades, etc., pensando a veces hasta en darse de baja. De forma semejante, el capellán del hospital no resulta ser una excepción en este sentido cuando se siente forzado y desajustado por un cierto aislamiento, por sus pocas satisfacciones humanas, porque se encuentra descolgado de la visión actual que puede ofrecerle una buena pastoral sanitaria, etc.; y ocurre que, latiendo en él un originario espíritu de servicio a los enfermos, termina refugiándose en el sacramentalismo habitual y en los ritos de las ultimidades cuando se lo piden.

Toda persona que trabaja en un hospital y realiza una función asistencial directa con el enfermo debe mantener una relación estrecha y continuada con el enfermo; esto nos convierte en pieza clave del proceso curativo. De ahí que para un sacerdote sea de capital importancia su línea de comportamiento cuando desempeña sus funciones como guía espiritual, como animador de la comunidad y como persona que para el enfermo simboliza una realidad más plena, más libre.

La relación que nosotros establecemos con el enfermo y familia y, accidentalmente, con el personal sanitario es una relación de carácter secundario; es decir, el lazo de unión capellán-enfermo no es simplemente la enfermedad o el dolor en el sentido de persuadirle a que soporte y lleve con resignación *su lotería*, sino que se trata de superar y orientar esa experiencia del mal y de la limitación física en su propia vida, ayudándole a descubrir el sentido que dicha circunstancia tiene desde la fe. De otro lado, el tono del vínculo que el enfermo o familia tiende a establecer en sus relaciones con nosotros está regulado, generalmente, por el afecto y por las emociones de miedo, tristeza, abatimiento, esperanza, etc.; de ahí que el tono de nuestra respuesta debe ser de buena calidad en la relación humana, estar en sintonía con tales necesidades afectivas.

En este sentido, el proceso de la humanización podemos verlo plasmado en

ese comportamiento que hace ya veinte siglos nos transmitió Jesús de Nazaret en la parábola del Buen Samaritano que, siendo relatada sin referencia religiosa explícita, podemos considerarla como la parábola de la humanización más exacta que hayamos conocido. Esto es así porque el objetivo permanente del proceso de humanización que intentamos establecer como dinámica de nuestro trabajo, es impedir que se pase de largo junto al hombre, y *pasar de largo* en el plano asistencial de un hospital significa obstaculizar el proceso de curación integral a que todo enfermo tiene derecho, y que es responsabilidad de todo profesional.

El hacer de un profesional en este sentido, tiene que estar basado en motivaciones semejantes a las del samaritano:

- Le vio (conocimiento de la situación del enfermo).
- Se mueve a compasión.
- Se inclinó sobre él.
- Le limpió las heridas y las curó con aceite y vino.
- Le cargó sobre su cabalgadura.
- Le llevó a la posada.
- Se preocupó de cuidarlo.
- Pagó por él.
- Volvió de nuevo para pagar.

HUMANIZAR EVANGELIZANDO

El comportamiento del samaritano tipifica a nuestro entender una línea de asistencia sanitaria que ética y funcionalmente obliga a todo profesional de la medicina y de la enfermería, y que por derecho debe ofrecerse a todo enfermo. Por eso, cuando el capellán del hospital se incluye en este proceso humanizador, cuando lo comparte con otros profesionales más cualificados, animando y exigiendo de los más responsables esta línea de actuación, será entonces el momento de ofrecer a los que viven la enfermedad, el dolor o soledad un planteamiento de su realidad desde la fe, con respuestas positivas que le ayuden a vivir humanamente. Es el momento de anunciar la Buena Noticia, es la hora de anunciar a Jesús (Lc 7, 22) de evangelizar como hizo Pedro (Hech 2, 33-36).

Evangelizar hoy en la línea de Lc 6, 20-26 y de 1 Jn 3, 11; 4, 21, y desde las funciones de salud en sus efectos y en sus fuentes. Como sacerdotes debemos exigirnos ser competentes en nuestro campo para realizar una pastoral sanitaria de calidad, sin plegarnos a maniobras equívocas que atenten contra la justicia y respeto de las personas; ahora bien, nuestro Servicio del Reino nos obliga a despertar los espíritus a la omnipresencia del mal moral y de sus consecuencias, haciendo ver que si el hombre aceptase cambiar su corazón desaparecerían una serie de males que afligen a la gente. Hacer esto es ya anunciar el Reino; y es anunciarlo no con ocasión de estar como capellán en un hospital, sino desde el corazón mismo de la respuesta sanitaria que los hermanos necesitan en el dolor, en la enfermedad o en cualquier tipo de restricción de vida, y que nosotros como creyentes podemos ofrecer. Es el momento de anunciar explícitamente el nombre de Jesucristo.

FRANCISCO DE LLANOS

Organización de hospitales

PSICOPROFILAXIS PARA EL PARTO

La llegada de un hijo supone un cambio en las relaciones de la vida familiar, por lo que es conveniente estar preparado para enfrentarse a la experiencia del parto y a la nueva situación familiar que ello determina.

BREVE EVOLUCION HISTORICA

El movimiento en favor de la educación para el parto se desarrolla a partir de 1933 con la escuela del médico inglés G. D. Read.

Read observó cómo las mujeres sin miedos ni emociones negativas daban a luz mucho mejor, llegando a la conclusión de que el dolor era engendrado por el miedo que desencadenaría mecanismos de defensa en forma de tensión muscular.

Se constató que una mujer relajada hacía una mejor y más rápida dilatación que una mujer tensa, cuyo trabajo de parto era más lento.

Con un programa concreto de entrenamiento que incluya información, respiración correcta y relajación, se prepara a la mujer para que adquiera confianza en sí misma y en el equipo asistencial.

Paralelamente a los trabajos de Read en Inglaterra, en Rusia nace la escuela de psicoprofilaxis obstétrica, basada en los experimentos de Paulov sobre los reflejos condicionados. Este método fue introducido en Europa occidental en 1951 por el tocólogo francés F. Lamaze, con algunas variantes.

El método Lamaze se basa, al igual que el de Read, en la convicción de que no es necesario que el parto sea doloroso. Pero, a diferencia del de Read, se apoya en la neurofisiología del dolor y los conocimientos sobre los reflejos condicionados. Además, Lamaze le añade un ambiente especial de cordialidad y la presencia del compañero.

A partir de estas dos metodologías básicas se han desarrollado numerosos métodos. El objetivo principal de todos ellos es de establecer un grado elevado de confianza de la mujer en sí misma y en sus propias facultades.

Ya desde sus comienzos se vio que la mayor necesidad de la pareja era la información acerca del parto y de los cuidados que requiere un recién nacido. Gradualmente, se ha ido incluyendo el concepto de atención centrada en el núcleo familiar. Esta se ha desarrollado en la medida en que ha crecido el interés por tener una actitud adecuada en el trabajo de parto y un mayor conocimiento para poder potenciar las capacidades de paternidad, más allá de la atención física del recién nacido.

¿POR QUE ES NECESARIA LA EDUCACION PARA EL PARTO?

El trabajo de parto es un proceso normal pero sumamente tenso, y esta tensión puede aumentar por la angustia. En la educación para el parto lo importante

no es tanto el proceso de tensión sino el proceso de enfrentarse a la misma, o sea, el proceso de adaptación.

Conocer los hechos da una sensación de tener control sobre los mismos. El primer paso en la preparación consiste en suministrar datos apropiados sobre el trabajo de parto y lo que puede suceder en los momentos en que se ingresa en el hospital (para las mujeres que han decidido dar a luz en el mismo, que en nuestro país son la mayoría).

Se crea así una actitud mental positiva hacia la nueva experiencia y ayuda también a la pareja a relacionar las técnicas de relajación y respiración con el trabajo de parto.

La mujer preparada, por tanto, se enfrenta a dar a luz tranquila, sin temor y capaz de colaborar plenamente con su médico y comadrona.

El trabajo de parto posiblemente transcurra más rápido, porque la madre sabrá usar su cuerpo eficazmente y así precisará de menos intervención médica. La recuperación posterior será más rápida y cómoda.

Para conseguir unos buenos resultados en el momento del parto hay que dar impulso al control médico de los embarazos, mejorar la información y educación sanitaria, eliminar las ideas equivocadas, estimular la participación activa de la pareja y potenciar una acción psicoprofiláctica. Evitando, claro está, producir una patología yatrógena en algo tan normal y fisiológico como es generalmente el embarazo y el parto.

En la sociedad actual los futuros padres han tenido pocas oportunidades de tener contacto con bebés. La educación para el parto se realiza en un lapso muy corto de la vida de la familia. De cualquier modo, puede ser un factor importante para facilitar a los futuros padres asumir correctamente sus funciones. Una información de lo que es *la vida con un niño*, es indispensable. Muchos padres de familia pasan todo el embarazo sin considerar los cambios que ocurrirán en su estilo de vida con la presencia del bebé.

El educador profesional para el parto sabe que la familia tendrá nuevas necesidades que aparecerán con el cambio de la estructura familiar y debe ayudar a la pareja a conocer de antemano estas necesidades.

DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO SANITARIO

Creemos que la mujer embarazada tiene derecho a estar acompañada durante el período de preparación al parto y durante el trabajo de parto, por alguien, previamente preparado, que ella quiera y a quien desee tener para apoyo emocional. Siempre que no interfiera, por lo menos en el ámbito hospitalario, con una atenta y técnica asistencia profesional.

También, asimismo, que la paciente que acaba de dar a luz, pueda tener junto a sí a su hijo, para cuidarlo, si el bebé es normal. Al mismo tiempo durante la estancia en el hospital, la madre tiene la obligación

de aprender los cuidados apropiados que ella misma y su bebé deben tener a partir de entonces.

Consideramos que los centros hospitalarios deberían poner especial atención en organizar además de las clases de preparación al parto, programas de adiestramiento de las madres, para después del parto y durante su estancia en el centro, que incluyan aspectos de interés inmediato como: lactancia materna, dietética, cuidados del recién nacido, higiene, planificación familiar, etc.

CURSOS DE PREPARACION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Desde hace cinco años se organizan en la Clínica Maternal del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, unos cursos de preparación para el parto que pretenden ante todo informar a la pareja sobre todo lo concerniente al embarazo y al parto. Estos cursos van dirigidos a las mujeres que se visitan en nuestros consultorios de Maternidad, y tienen una duración de siete semanas a razón de tres horas semanales.

Previa la inscripción, se da información individualizada a todas las personas que lo deseen. Se invita a la pareja a que asista conjuntamente tanto a las clases teóricas como a las prácticas, y si se da el caso de una madre sola, se le sugiere lo puede hacer con una persona de su confianza. Las clases se efectúan dentro de unos horarios compatibles con los de la mayor parte de los trabajos.

El equipo que realiza los cursos está compuesto por: un tocólogo, tres comadronas, un especialista en dietética, un pediatra puericultor y un neurólogo. Dos asistentes sociales se encargan de la coordinación, así como de la información previa.

Los profesionales que dan las charlas utilizan materiales diversos como láminas, esquemas, cassettes y películas que complementen su trabajo didáctico y de relación humana.

Estos cursos tienen una triple vertiente. En primer lugar se da información y conocimientos teóricos sobre: La anatomía y la fisiología genital, el transcurso del embarazo, el desarrollo del feto, y todas las etapas del proceso del parto.

Se habla también de los aspectos más importantes de la relajación y la respiración en el parto, normas de dietética en la mujer gestante normal (dejando aparte las dietas especiales como, por ejemplo, en preeclampsia o en la diabetes gestacional). Incluimos también la proyección de dos películas en las cuales se ve claramente cómo tiene lugar el nacimiento de un niño.

Una segunda vertiente la constituyen las charlas a cargo de los pediatras puericultores (una hora semanal durante las 7 semanas), donde se establece una continuidad entre embarazo y parto y el primer año de vida del niño fundamentalmente. Es evidente la importancia

que tiene alentar a las madres para que hagan una lactancia materna, subrayando sus ventajas tanto de cara al niño como a la madre: la capacidad de transmitir inmunidad al recién nacido, la menor frecuencia de diarreas y trastornos digestivos, el gran beneficio que supone desde el punto de vista psicológico para madre e hijo, etc. No obstante, también se les advierte del gran esfuerzo que esto supone. Se les concientiza de la necesidad de seguir un calendario de vacunación actualizado para su hijo. Se les dan ideas claras de lo que consideramos el desarrollo psicomotor en el primer año de la vida; asimismo intentamos enseñar pautas de conducta correcta frente a estados patológicos frecuentes en la primera infancia.

La tercera vertiente de estos cursos la forma los grupos de gimnasia y las técnicas de relajación y respiración, que son dirigidos por comadronas con conocimientos especializados en esta materia. Son grupos más reducidos, normalmente de un máximo de 10 mujeres (acompañadas de sus maridos si es posible), en los que se les enseña una serie de ejercicios de gimnasia especiales, que pretenden mejorar la elasticidad y tono muscular de las gestantes, mejorar su circulación de retorno en las extremidades inferiores, en definitiva mejorar el estado físico de la mujer, adecuarlo para la sobrecarga que supone el embarazo, y facilitarle el esfuerzo del día del parto. Se incluye también en estas sesiones el aprendizaje de las técnicas respiratorias (fundamentalmente, la respiración abdominal o diafragmática y la superficial o jadeante) y la práctica de ejercicios de relajación neuromuscular cuya importancia ha sido previamente razonada en las clases teóricas. La frecuencia de estas sesiones de gimnasia es de 1 hora durante 7 semanas consecutivas. Se insiste mucho a la embarazada para que realice estos ejercicios diariamente en su casa para lo cual se le da una pauta en la que vienen anotados los ejercicios para cada semana.

Creemos también que el marido tiene un lugar primordial en la preparación del parto, por cuanto se trata de un acontecimiento que debe ser vivido por los dos, y debe solidarizarse con el esfuerzo que este trance del parto supone para la mujer. Durante el entrenamiento puede ayudar a la mujer a aprender y a practicar los ejercicios de gimnasia y las técnicas de respiración y relajación. Durante el transcurso de la dilatación le puede ayudar a utilizar las técnicas adecuadas y proporcionarle valioso apoyo.

Intentamos desvincular el concepto de parto de la asociación mental que se establece con el término dolor. El parto *necesariamente doloroso* como tabú ha pervivido demasiado en el mundo occidental. El hecho del embarazo y del parto era vivido en algunos ambientes como algo en cierta manera desagradable y peligroso que era necesario para tener un hijo, pero siendo en sí mismo negativo. Las raíces de esta actitud pueden nacer en la mala aceptación de los hechos fisiológicos ligados al sexo, menstruación, relaciones sexuales,

etc. (circunstancias de la infancia de la mujer que muchas veces permanecen ocultas para la propia mujer pero que afloran a veces a lo largo de estas jornadas de preparación). Afortunadamente con poca frecuencia vemos mujeres que precisan de la ayuda especializada de un psicoterapeuta.

Pensamos que si disminuye el nivel de miedo infundado al parto, se sigue como consecuencia directa una disminución del dolor del mismo. Intentamos cambiar la clásica visión del parto como dolor por una idea más positiva y creadora, es decir, *un trabajo, un esfuerzo*, cuyo objeto es tener al hijo. Este cambio de actitud no resulta siempre del todo fácil, ya que pesan sobre la mujer condicionamientos de diversa índole.

Informamos a la vez, sobre los aspectos más importantes de la psicología del embarazo, y del puerperio para dar a conocer los cambios emocionales más frecuentes.

Incluimos en el curso algunas nociones de los modernos aparatos que se utilizan en la obstetricia actual (ecografías, monitorizaciones ante parto e intra parto, procedimientos empleados para resolver partos distócicos, fórceps, cesáreas, etc.), así como de los procedimientos anestésicos explicando que no se pretende excluir la anestesia sino relegarla para casos especiales donde pueden tener una clara indicación médica, o un deseo expreso de la mujer.

VALORACION DE ESTOS CURSOS

Se pretende complementar la asistencia a la mujer embarazada, atendiendo globalmente a sus necesidades y aprovechando la avidez de información y el estado receptivo que tiene la futura madre, se le facilitan instrumentos para enfrentarse a las nuevas situaciones que se le van a presentar, lo cual es básico para una buena relación posterior entre los padres y el hijo.

Se va observando cada vez más una mayor afluencia a los cursos y también la menor incidencia de partos distócicos.

Somos conscientes de que hay limitaciones, dado que sería deseable que todas las mujeres pudieran contar con la ayuda de su tocólogo o de la comadrona que les ha preparado. Y como expresan la mayoría de ellas, que su marido estuviera también presente en el momento del parto, de la misma manera que ha colaborado en todo el proceso de adiestramiento y durante la mayor parte del tiempo de dilatación.

Sin embargo, los padres que hacen un esfuerzo, que tratan de ayudarse lo más posible durante este proceso y que salen con la experiencia de haber tenido un hijo controlando la situación, adquieren una confianza que les va a acompañar durante todo el período del puerperio.

CRISTINA BATLLE / JOSE M.^a CAMPOS
ROSA FLORENSA

DERECHO DEL HOMBRE A LA SALUD

AMAMOS LA VIDA

● Existe en el hombre un instinto de vida: somos seres para la vida y la permanencia:

- Aspiraciones, deseos.
- Seguridad, autoafirmación, comprensión, crear, producir, relacionarse.
- El hombre es un buscador de dicha y de felicidad.
- «Calidad de vida».

● La vida humana, además, tiene un gran valor:

- Es inviolable.
- Este valor no se pierde porque uno sea viejo, esté enfermo o sea un inútil social.
- Porque somos seres humanos somos sujetos de otros valores y derechos.
- La vida humana no puede ser manipulada con otros fines distintos de sí misma.

Todo este tema nos llevaría, en definitiva, a un problema de salud integral que está en contra de todos los atentados y manipulaciones contra la vida.

¿QUE CLASE DE SOCIEDAD ES LA NUESTRA QUE SE DENOMINA «SANA»?

La situación de nuestro mundo es explosiva; vivimos una gran revolución, el reemplazo del hombre por la computadora, la mecanización del trabajo, la estandarización de la vida.

Hoy el hombre domina —o intenta dominar— la naturaleza; es dinámico, abierto al hacer, y está orgulloso de pertenecer a esta época técnica y de grandes adelantos:

- Satélites de comunicación.
- Máquinas IBM.
- Autopistas.
- Trasplantes de órganos ...

Es un mundo donde la competencia se tiene como un gran valor y el vivir resulta una apuesta.

Principales características de nuestra sociedad

a) Rápido progreso económico, político, científico y urbano.

b) Mentalidad técnica que induce al hombre a hacer todo lo que sea posible, sin preguntarle si lo necesita, e igualmente le obliga a rendir y a ser eficaz.

c) Nuestra sociedad está en un gran conflicto social que se manifiesta a niveles nacionales y locales; este conflicto pone en crisis las ideas, los sistemas, las formas de vida y, como consecuencia, se produce el cambio en todos los campos: político, económico, religioso ...

d) Como consecuencia, estos cambios han dado origen:

- A un sentido transitorio de la vida, traducido en los siguientes slogans: muerte a la permanencia, tírese después de usado, la era de lo inútil.
- A un sentido nuevo de la vida: estamos en una sociedad nueva, se trata de una revolución que destruye instituciones y relaciones de poder (secuestros, violencias, huelgas).
- Estos cambios, en definitiva, han dado origen a una gran diversidad de vida con múltiples posibilidades de elección —cosas, servicios, estilos de vida ...—.

e) Se trata de un cambio de cultura en la que dominan ciertas características y que, al mismo tiempo, van creando un nuevo tipo de hombre.

Podemos diseñar esquemáticamente estas dos culturas base y sus principales características:

Cultura unitaria

- a) Tiene un predominio sacral, manifestado:
 - Ritos religiosos (procesiones ...).
 - La persona religiosa como relieve y prestigio.
 - Formas sacrales de vestir.

- b) La fuente de conocimiento es la tradición.
- c) Se absolutizan personas, instituciones e ideas.
- d) Existe un predominio de lo rural.

Cultura pluralista

- a) En contraposición su predominio es secular.
- b) Sus ritos seculares (encuentros, manifestaciones ...).
- c) Las personas de prestigio son las técnicas.
- d) La fuente de conocimiento es la razón.
- e) Existe un predominio de lo urbano.

Influencia de estos cambios en la salud del hombre

Desorientación: Estamos ante un fenómeno denominado *aceleración de la historia*, en donde los cambios son más rápidos y profundos en estos últimos años que en los siglos precedentes. «Y esta llegada prematura del futuro puede convertirse —dice Toffler— en la enfermedad más importante de mañana».

Dificultad de adaptación: por la rapidez e inestabilidad. Uno casi no se puede apoyar en el pasado, pero también vive el futuro con inseguridad.

Pérdida de la identidad y multiplicidad de roles: El hombre es hoy un extravertido y puede encontrarse más vacío y alienado aun disponiendo de más cosas.

Sentimiento de confusión y soledad: El hombre es fuertemente interrogado: ¿a dónde voy?, ¿quién soy?

El hombre queda igualmente abandonado cuando el mundo no necesita de él. He aquí todo el problema de marginación tan característico de nuestra sociedad.

Frente a todo esto, el hombre se acomoda lo mejor que puede, se vuelve conformista, o se evade en su profesión o utiliza las válvulas de escape que le ofrece

la sociedad: deporte, vacaciones, drogas, sexo, religión ... O finalmente se refugia en la política.

Seguimos preguntando: ¿Está sano el hombre moderno? Pero, ¿qué es la salud?

— La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define así: «Estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad».

— Y el Congreso de Cultura Catalana, celebrado en Perpiñán (1976) definió la salud como «aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa».

La salud no es un concepto estático, sino dinámico; es una conquista de cada momento. La salud es el equilibrio de las funciones, la posibilidad de mantener el impulso vital, todo lo que el hombre es como constitutivo propio: nivel psico-biológico, nivel psico-social y nivel psico-espiritual.

Por ello, la salud, vista desde el prisma de la antropología, «es un proceso dinámico permanente de adaptación *de y a* la situación de la existencia humana total».

¿Qué capacidad y equilibrio total tenemos? La respuesta que demos será nuestro grado de salud.

EL DEBER Y EL DERECHO A LA SALUD

El deber frente a la salud

Con frecuencia hablamos sólo del derecho del hombre a la salud y se ha hecho poco hincapié en el deber que tenemos todos de conservar y potenciar nuestra salud. Por supuesto que han de existir en la sociedad unos mecanismos impulsores de esta salud en el ciudadano para que éste los utilice provechosamente.

En este deber que todos tenemos hacia la salud podemos considerar una serie de requisitos que influyen positiva o negativamente; enumeramos unos cuantos y al mismo tiempo señalamos su influjo (cuadro 1).

CUADRO 1

| <i>Influjo positivo</i> | | <i>Influjo negativo</i> |
|---|----------------------|---|
| Aseo del cuerpo. | ← HIGIENE PERSONAL → | Falta de agua, sanitarios. |
| Espacios verdes, zonas de recreo. | ← MEDIO AMBIENTE → | Polución, ruido, prisas. |
| Seguridad, intimidad. | ← VIVIENDA → | Hacinamiento, falta de luz, agua ... |
| Seguridad vida, realización personal, relaciones humanas. | ← TRABAJO → | Traslado, fatiga, condiciones peligrosas. |
| Dimensión psicológica y social, preparación, rito. | ← ALIMENTACION → | Precipitación, fuera de casa. |
| Equilibrio físico y psicológico. Duración, calidad. | ← DESCANSO → | Ruido, stress, sobrecarga. |

A todos estos aspectos básicos para la salud hemos de añadir dos que nos parecen de capital importancia:

La familia: Hoy sometida a gran dispersión y desequilibrio que atenta contra la salud integral.

La educación sanitaria: Un pueblo sin educación para la salud difícilmente gozará de ella. De ahí la necesidad de potenciar esta educación para dar hábitos que contribuyan a conservar y potenciar la salud. Una gran labor a realizar desde la familia, la escuela, los medios de comunicación social. Una labor en la que deben estar integrados los distintos profesionales: médicos, enfermeras, sociólogos, psicólogos, educadores, familia ...

El derecho a la salud

● Afirmación de este derecho:

a) Es un derecho natural, primario.

b) Aceptado hoy en las legislaciones:

- Declaración de los Derechos Humanos: arts. 3 y 25.
- Encíclica *Mater et Magistra*: 13 y 45.
- Vaticano II: GS 26.
- Constitución Española, art. 43.

● La afirmación de este derecho supone:

a) Una diversificación: atención primaria, secundaria y terciaria.

b) Una relativización del contenido de este derecho: es decir, todo ciudadano tiene derecho a la salud, pero no todos la alcanzan en el mismo grado. En la práctica no la han conseguido en la misma forma y en el mismo grado un europeo y un africano, ya que el grado máximo de salud debe ser objeto de una conquista progresiva y el alcanzarlo depende mucho de la política del país, de la economía y de un sinfín de estrategias; por eso vemos:

- Que algunos países ya han alcanzado un grado suficiente.
- En otros países este derecho a la salud sólo llega en la práctica a un tipo de enfermos, por ejemplo, a enfermos agudos, por lo que quedan discriminados los crónicos (mentales, ancianos ...).
- Es incluso desigual la técnica y los medios aun en el mismo país (quedan discriminadas regiones pobres, rurales ...).

● Exigencia: necesidad de una planificación de salud y utilización equilibrada de todos los recursos: técnicos, económicos y humanos.

LA ORGANIZACION SANITARIA COMO MECANISMO MANTENEDOR DE LA SALUD

Tipos de servicios y prioridades

La salud de los pueblos es una tarea ardua y costosa y requiere una buena organización y un equilibrio

en el reparto de recursos, para no convertir nuestros medios de salud en simples restauradores de la misma, sin molestarnos en su promoción y protección como criterios fundamentales, además de que son menos costosos. Una mala concepción de lo que es la salud nos hace invertir con frecuencia casi todos los recursos —humanos y técnicos— más en favor de la restauración que de la promoción y protección; de ahí que se goce de tan mala salud en muchos países.

Los estados tienen la obligación de garantizar a la población el máximo de salud que su pueblo puede alcanzar, de ahí que deba organizar bien los recursos que tiene. Por ello creemos que debe prestarse atención a los siguientes tipos de servicios:

Servicios de planificación: Planificación. Legislación. Control. Evaluación.

Servicios de promoción: Educación sanitaria. Salud materno-infantil. Control individual. Investigación.

Servicios de protección: Saneamiento ambiental. Cuidado de las enfermedades transmisibles. Acción sobre grupos vulnerables (contaminación, trabajos especiales ...).

Servicios de restauración: Asistencia médica general. Dispensarios. Hospitales. Centros de postcura.

Servicios de administración de recursos: Medios económicos. Medios físicos (hospitales, dispensarios). Medios humanos (médicos, enfermeras, sociólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, teólogos ...).

El personal sanitario y el derecho a la salud

Si importante es la organización y los recursos económicos que un Estado puede y debe poner al servicio de la salud, lo es más el personal que se dedica a la misma, tanto por su número que cada vez es mayor como por su preparación y equilibrada distribución. En relación a este personal de salud subrayamos tres aspectos que consideramos importantes en orden a hacer efectivo el derecho a la salud e igualmente para que esta lucha por la salud se realice de una manera integral, humana y humanizadora.

● *Vocación.* No se puede ir a una profesión sin vocación y sin la aptitud suficiente para ejercerla. La vocación exige, por tanto:

Aptitudes: Es decir, capacidad física y conocimientos intelectuales y prácticos, a veces acreditados por un diploma.

Actitudes: Es decir, disposiciones, motivaciones ...

● *Formación integral.* Además de integral debe ser armónica, básica y especializada cuando así lo requiera el trabajo profesional que se ejerce.

La razón de esta formación es evidente:

- Debemos desarrollar las cualidades que poseemos.
- La sociedad está en continuo cambio.

- Los enfermos nos exigen que estemos bien preparados.
- Todo profesional debe prestigiar su profesión.

● *Ejercicio profesional.* Ninguna persona debería acceder al estudio de una determinada carrera si no tiene intención de ejercerla.

El ejercicio de toda profesión, y más la de salud, exige, además de lo que más arriba hemos indicado, lo siguiente:

- Espíritu de servicio:* Sacrificio, entrega ...
- Sentido profesional:* Especialidad al día. Ética profesional (rectitud, sinceridad, responsabilidad).
- Gran respeto al paciente:* En el modo de verlo como hombre, en el modo de tratarlo, en el modo de proteger sus derechos ...

ASISTENCIA INTEGRAL Y HUMANA AL HOMBRE ENFERMO

Hemos visto que el hombre tiene derecho a la salud y para que este derecho sea práctico y viable es necesario que exista una buena organización, unos recursos económicos equilibradamente repartidos, lo mismo que un personal vocacionado y preparado. Pero es este personal el que en su ejercicio profesional debe ser capaz de ofrecer al hombre enfermo no sólo unos medios técnicos, sino que está llamado a defender todo cuanto el enfermo necesita para su curación. De ahí que la mejor respuesta que podemos ofrecer al enfermo sea una atención integral. Todo ello supone conocimiento de sus necesidades reales. Exige, por tanto, que conozcamos su biografía, sus reacciones —ya que cada uno padece su enfermedad—, tengamos un gran respeto a su persona e individualicemos la asistencia.

Si todo ello lo llevamos así en la práctica, tendríamos que reconocer que realmente estamos ejerciendo una

asistencia integral y que nuestro medio de salud está humanizado, ya que responde a las características que se desarrollan en el documento sobre la humanización, elaborado por el Padre General, Pedro Luis Marchesi:

«El hospital humanizado está abierto, tiene un mapa de poder bien preciso y transparente, cree en el trabajo en equipo, imparte formación permanente y es una casa familiar».

Todo esto es —o debe ser así— porque estamos con personas y no con cosas, y porque la curación de estas personas enfermas requiere encuentros intensos y repetidos diálogos; no se hace la curación sólo por la administración de medicamentos, ni tampoco a través de encuentros superficiales. De ahí que nuestros enfermos nos pidan una asistencia cada vez más humana y personal, comprensiva, cercana; no tratamos enfermedades, sino hombres enfermos. Lo que distingue el oficio del personal de salud del de la mayoría de los otros oficios es que se ejerce con seres vivos que, además de tener derechos, sufren. Y lo que importa no es tanto lo que hacemos con ellos sino cómo lo hacemos.

No se trata, pues, de un simple acto profesional, de un quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige, como hemos indicado más arriba, una vocación que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso del siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos». Hay que amar mucho a los enfermos para ser capaces de servirles y de servirles de forma humana e integral.

JOSE L. REDRADO, O.H.

Pastoral sanitaria

ELEMENTOS PARA UNA PASTORAL DE LA SALUD

¿Qué Pastoral de la Salud? ¿Para quién?

PRESENTACION Y ADVERTENCIA

- Mi propósito es parcial. Lo sé, corre el riesgo de no gustar porque todo no será dicho.
- Se esforzará en tomar las cosas por lo alto, allá donde se llega muy pocas veces o no se llega nunca, pero hacia donde se mira a menudo.
- Mi propósito sólo me compromete a mí y no es normativo. Quiere ser sugestivo; no es la posición oficial de la Comisión Social del Episcopado, aunque mi razonamiento no es ajeno a sus investigaciones.
- Aquí la naturaleza y la cultura se unen para hacer vivir al hombre.
- Es una vía de acceso a lo normal y a lo universal.
- Es un lugar revelador de nuestra sociedad.
- Es un microcosmos.
- Y en este hervidero, ¿qué Iglesia?

PRELIMINARES

Hablar de pastoral es un lenguaje extraño y eclesialístico; no convendría acrecentarlo ni endurecerlo; ha sido escogido precisamente porque es suave y porque encubre unos esfuerzos múltiples y variados que son también propios de las personas que se esfuerzan por vivir el Evangelio en un mundo determinado y por instituciones diferenciadas que se dan intuitivamente en la Iglesia para asegurar su visibilidad.

La pastoral es diferente de una cuadrícula. Quisiera ser un antifuncionamiento. Desea ser una perspectiva para una marcha común de creyentes que piensan tener una originalidad en su presencia en el mundo.

Aunque sea modesta, o humilde, una pastoral tiene

siempre un aspecto misionero; se esfuerza por ser una proposición para los hombres de este tiempo.

Pastoral de la Sanidad

¿Por qué se intenta realizar una Pastoral de la Sanidad? Esta denominación es relativamente nueva. Hasta un pasado reciente existía, como aparte, una pastoral de los enfermos y la capellanía de los hospitales, entre otras, le prestaba toda su atención. Existía una pastoral de los enfermeros, de los asistentes sociales.

Existían, y existen hoy día, diferentes movimientos, uniones o centros para los para-médicos, los sociales ... El mundo de la sanidad no era y no es un desierto apostólico.

El esfuerzo de los cristianos, cada cual en su terreno, completaba y en algunos casos enlazaba las instituciones cristianas, algunas de las cuales habían envejecido en sus métodos.

Todas estas fuerzas apostólicas coexistían, pero desde hace unos quince años, no hacen más que coexistir. Dialogan entre ellas. Se ha comprendido que el mundo de la sanidad tiene una coherencia, y por lo tanto tiene necesidad de un esfuerzo apostólico que, sin allanar falsamente las diferencias, se inspire y se realice en el mismo seno de esta coherencia.

Hipotéticamente, una Pastoral de la Sanidad no es una suma ni un sistema; es incluso un anti-sistema. Es más bien la vida y un punto de vista común de los creyentes y de sus pastores.

El mundo de la sanidad es un lugar tradicional a la visibilidad de la Iglesia, lo que sin duda no es una

casualidad. Hasta parece que desde el origen del cristianismo es un lugar señalado donde se ejercen la fraternidad de los hombres y la busca de sentido sobre la humanidad. Este fenómeno va unido a la naturaleza de las cosas porque es un lugar donde el hombre es el motivo; hasta la raíz de sí mismo el hombre se entrega y confía en el hombre para vivir, sobrevivir o morir.

Una Pastoral de la Sanidad: ¿para quién?

Cuanto más se adelanta, más se descubre que hablar de una pastoral organizada en el mundo de la sanidad es demasiado o no es bastante. Convendría hablar más de sinodalidad y de metas visibles que los creyentes se fijan. Tanto para fortalecerse ellos mismos en la fe como para hacer existir a una Iglesia que ellos acogen al mismo tiempo que la constituyen.

El mundo de la sanidad no es un mundo limitado y cerrado; no tiene fronteras. Interesa a todos los hombres. Se podría decir que no es calculable. En realidad es difuso y confuso; no se deja encerrar en unas categorías; no está cerrado, está incluso demasiado abierto. En más de un sentido, tiene la vocación de universal.

Los atendidos. Ocasionales o crónicos

En nuestro mundo, un gran número de personas llevan en su carne, en su cuerpo, en su psique, en su sociabilidad, en su afectividad, una especie de disfunción más o menos grave, más o menos duradera. Algunos lo viven de una manera esporádica, otros de una manera permanente.

Los cuidadores

Un país como Francia se organiza para cuidar en todos los sentidos de la palabra.

Existen cuidadores de todas clases, tanto en la Acción Sanitaria como en la Acción Social. Hay pues gentes cuyo oficio es el de cuidar; ganan su vida cuidando: estos son identificables y calculables.

En mi ciudad, por ejemplo, se dice que hay de 20 a 22 estudiantes médicos, para-médicos y sociales. En el departamento del Rhône hay alrededor de 50.000 a 55.000 personas que ejercen este género de oficio repartido en más de 40 profesiones.

Los administrativos y los responsables

A todo esto hay que añadir un soporte logístico y administrativo importante, en el cual se entrecruzan responsabilidades municipales, departamentales, regionales y nacionales.

Ciertamente, son personas que dan vida a estas administraciones y que, a diferentes niveles de responsabilidad, animan y orientan, bien o mal, la política sanitaria y social de una nación que escapa, sin duda, a la racionalización matemática, y quizás económica.

Así, pues, los límites del mundo de la sanidad no son fijos.

En el centro de este mundo

Recordemos sin embargo que cierto número de personas son los permanentes, y como el núcleo central: son por una parte los *enfermos* crónicos, aquellos que quedan disminuidos por un largo período o por toda su vida, y aquellos que le consagran, por su trabajo, más o menos 40 horas por semana.

Una vez dicho esto, no resulta menos cierto que la sanidad nos concierne a todos. Pero yo propongo que los miembros de la Pastoral de la Sanidad sean por una parte los enfermos y los clientes que pasan por la dolorosa experiencia del sufrimiento, y por otra parte los estudiantes y profesionales de todas las categorías.

Yo no olvido, por otra parte, a todos nosotros que vivimos en nuestra humanidad, la fragilidad y las necesidades imperiosas del consuelo, pero nosotros formamos parte como en segundo grado.

En mi propósito, yo podría hablar y escribir:

- De los dializados a perpetuidad.
- De los mutilados.
- De los cancerosos.
- De los tetrapléjicos.
- De la capellanía de los hospitales.
- De las religiosas.
- De los médicos.
- De los enfermeros.
- De los cuidadores del hospital general.
- De los hospitales psiquiátricos.

No he escogido deliberadamente esta vía, pues, a mi entender, la Pastoral de la Sanidad no es un conjunto de personas, de instituciones y realidades diferenciadas; es otra cosa, y voy a intentar evocarla.

Yo quisiera desarrollar un cierto número de puntos y sobre todo no sentar conclusiones; son aproximaciones y reflexiones que hago en voz alta.

LA SANIDAD ES UN MUNDO CULTURAL

El día en que Francia homenajeaba a Malraux, yo escuchaba la retransmisión de la ceremonia mientras viajaba en coche. En cierto momento, el locutor dio una definición de la cultura, como el mismo Malraux la había escrito. Yo me detuve, y apunté lo que acababa de oír. Voy a partir de esta definición de la cultura, que tiene tres puntos:

La cultura es la respuesta del hombre cuando éste se pregunta lo que está haciendo sobre la Tierra

No se puede cuidar (en todos los sentidos de la palabra), ni sufrir, ni curar, sin contestar a esta pregunta del *porqué* y del *para quién* del hombre de la sociedad. La tentación del absurdo y la busca del sentido anidan constantemente en la conciencia del cuidador y del sufriente.

La cultura no es conocimiento, sino comunión

Cuando se vive en el mundo de la sanidad y se está impregnado en él, se advierte que ante todo éste no es conocimiento intelectual, sino relación vital con el diferente y los demás.

La cultura es reciprocidad de valores

Un sistema de valores que se atraen entre sí. Es difícil cuidar y sufrir, sin tener con los que colaboran, de una manera o de otra, en la conservación de la vida o en la curación, una misma intención fundamental.

Evidentemente, Malraux no había dado la definición de la cultura para el mundo de la sanidad, pero me parece que puede aplicarse bastante bien a la sanidad como lugar cultural.

A esta cultura yo la llamo cultura de connivencia.

La palabra *connivencia* traduce para mí un acuerdo tácito y profundo, ordenado a una acción. Es una especie de pacto íntimo, y tácito en la mayoría del tiempo, que muchos hacen conjuntamente porque tienen las mismas motivaciones. Acorde secreto, que traduce una buena inteligencia. De una manera familiar, se podría decir que estar en connivencia equivale a estar de acuerdo para realizar algo que los demás no han descubierto todavía, y que los cómplices conocen perfectamente, aunque no hablen de ello entre sí, como una especie de secreto compartido.

Yo creo que el hospital, por ejemplo, es un lugar de connivencia por ser un lugar de pacto radical entre cuidadores y cuidados. Sin decirlo, enfermos y hospitalarios están aliados para vivir y hacer vivir. Nacimiento o renacimiento son las razones secretas de su presencia conjunta aquí.

Lugar en el cual la comunicación se solicita más con el gesto que con la palabra. Connivencia igualmente, porque, frente a la *venida al mundo* por el nacimiento, o a la *salida del mundo* por la muerte, la afasia es casi total, y el silencio cómplice sustituye a la palabra. Cuanto más profundo es el encuentro en el seno del misterio humano, más se alcanza lo inefable. Quizás por esto es por lo que el hospital suscita sus propios símbolos y sus mitos, y pide a su liturgia la suavización de lo insoportable.

Lugar de connivencia también, porque aquí colaboran y se comprometen hombres y mujeres que, piensen como piensen, se cuidan a sí mismos cuidando a los demás, intentan curarse curando a los demás, mueren ellos mismos tomando la mano de los moribundos, se ponen ellos mismos en el mundo al sacar a los niños del seno de sus madres.

Lugar de connivencia en donde los hombres se dan la mano para ajustar las cuentas, en lo posible o por lo menos momentáneamente, a sus antiguos enemigos, sufrimiento y muerte.

En fin, de una manera muy secreta, yo creo que el mundo de la sanidad es connivencia porque es precisamente allí donde está en juego la libertad humana,

que es enfrentamiento íntimo y violento para intentar conciliar, o reconciliar, nuestra voluntad de vivir con nuestro peso de muerte.

Diariamente, en los servicios, el sueño de eternidad que todo hombre lleva en su corazón, intenta la connivencia con la mortalidad. ¿Qué somos nosotros que debemos morir y que, sin embargo, luchamos desesperadamente para vivir, para sobrevivir? Efectivamente, el hospital es el crisol donde la existencia y la esencia *se hacen un guiño* antes de reconciliarse en la muerte o la escatología.

En todo momento el cuidador se impregna de esta lección de cosas filosóficas. Es una nueva manera de pensar, de actuar, de ser, que reforma al hospitalario. Por otra parte, cuando está en compañía de personas ajenas a este universo, que le interrogan sobre el *porqué* de su comportamiento, contesta de buen grado: «Sería muy largo de explicar, por lo demás no lo comprenderíais». Por lo contrario, me ha impresionado siempre que, en todos los países del mundo, el hospital tenga prácticamente las mismas lagunas, las mismas grandezas, los mismos mitos, las mismas angustias y los mismos triunfos. Engendra el mismo simbolismo, así pues el mismo lenguaje en lenguas diferentes.

Por otra parte, esta cultura no es enseñada y enseñable. Se hace, surge, se inventa *en y por* la relación cuidador-cuidado. Este último no es simplemente la imagen que le hace frente, sino polo de dialéctica. Esta cultura quizás no es más que el combate que vivo en mí mismo y que se exterioriza por el cuidado, que no es más que una forma de diálogo, véase de agresión.

Esta cultura no es pues objeto de saber: es una manera de situarse frente a los demás, en función de lo que son y de lo que yo mismo soy. Está en relación viviente con el hombre en sociedad, relación improvisada y, sin embargo, permanente en su radicalidad.

Esta cultura de connivencia se completa por tres aspectos importantes: la sospecha, la irrisión (la ironía), la esperanza.

La sospecha

A medida que se avanza en esta cultura de connivencia, se rompe al hombre en pedazos cada vez más pequeños, se va desde el exterior al interior, se pasa sin cesar del comentario al porqué y del porqué al para quién. Se inicia una diligencia sin fin, y una aproximación sin límites, de un objeto-sujeto desconcertante, que escapa a medida que se le alcanza, cuyas funciones se pueden analizar, pero que sin embargo no se rinde.

La irrisión o la ironía

El mundo de la sanidad es el lugar en el cual lo burlesco (forma ridícula de lo trágico) ronda sin descanso. Recordamos todos la ridiculez irrisoria de ciertas situaciones en las que se encuentran, a lo largo de su jornada, trabajadores sociales o trabajadores sani-

tarios. Desde aquel empleado del depósito de cadáveres que lavaba a los muertos con un chorro de agua y una fregona, hasta la enfermera, a la cabecera de un amigo mío, que decía a la que la relevaba al final de su jornada: «te deseo que lo pases muy a gusto», pasando por el trabajador social que escucha, en palabras torpes y a veces ridículas, la queja trágica de alguien en una situación sórdida.

La esperanza

Si no hubiese esperanza, y si ésta no estuviese inserta en medio de este espacio cultural, no se habrían construido hospitales sino que se habrían adquirido incineradores perfeccionados, o grandes cubos de basura que se habrían fijado a la salida de las ciudades.

No se habrían financiado escuelas de enfermeras o facultades de medicina: se habría previsto una F.P.A. de enterradores.

No se habrían subvencionado los servicios sociales, pero se habrían perfeccionado unas cárceles o campos de concentración sofisticados para poder aparcar a los desviados.

LA SANIDAD COMO LUGAR CULTURAL PRIMORDIAL Y NO UNICO, COMO LUGAR OPCIONAL PARA UNA COHERENCIA

Lugar primordial y opcional

No venimos al mundo por la cultura de connivencia cruzada de sospecha. Aunque nuestra historia personal nos oriente quizás hasta este género de profesión, y, por lo tanto, de cultura, ésta no nos marca desde la cuna.

A medida que se va estructurando nuestra personalidad, muchos elementos entran en cuenta, a títulos diversos y con diferentes resonancias. La elaboración de nuestro yo no existe jamás en estado puro y fuera de comportamientos ambiguos.

Nosotros, en la mayoría, estamos compuestos como un manto de arlequín, cuyas diferentes piezas están más o menos bien cosidas entre sí. Tenemos múltiples facetas, por lo cual se nos origina la pregunta, a veces, sobre la coherencia y la unidad de la persona.

El hombre moderno, y particularmente el hombre de ciudad, participa más o menos activamente en múltiples lugares culturales. Si quiere honrarlos a todos por igual, pienso que tendrá intereses demasiado desparramados y una vida sin cohesión.

Desgraciado de aquel o de aquella que, por múltiples razones, no pueda elegir un lugar primordial a partir del cual tendrá en cuenta a los demás. El lugar primordial no es exclusivo: es primordial.

Cultura de connivencia, ¿lugar primordial?

Volviendo a los trabajadores del mundo de la sanidad, y a aquellos que son golpeados y maltratados por

la existencia, tanto en su cuerpo como en las disfunciones sociales, pienso que la cultura de connivencia, de la que hablaba antes, es un lugar suficientemente interesante, fuerte y universal para ser el famoso lugar primordial a partir del cual cada persona, y posiblemente grupos, puedan intentar una unificación y una coherencia de su ser y de su acción.

Nada puede reducirse a un solo lugar primordial, pero puede convertirse, si se escoge conscientemente, en un punto de referencia y fuente de acción, conjunto de valores, garantía de unidad, más allá de las diferentes culturas particulares, aunque esté influido por ellas.

La cultura de connivencia permite, a hombres y mujeres de medios sociales diferentes, encontrar puntos de *entendimiento* en el más amplio sentido de la palabra, que les hacen posible un diálogo profundo y una acción común sobre el esencial humano.

He interrogado también a un cierto número de médicos llamados para acudir a unos coloquios intercontinentales. Todos ellos me han confirmado que los diálogos con sus colegas extranjeros sobrepasaban a los propósitos científicos y que se encontraban generalmente enfrentados a las mismas preguntas sobre el hombre y la sociedad.

Cierto número de revistas americanas e inglesas, que están netamente influenciadas por una cultura anglosajona, abordan cuestiones de orden universal. ¿Quién de nosotros, por ejemplo, leyendo los artículos de Kubler-Ross, no ha sentido una connivencia profunda y una llamada a su propia práctica, dejando aparte el comportamiento profesional?

Se podrían multiplicar los ejemplos, pero es inútil.

Escoger el mundo de la sanidad como lugar primordial no es obligatorio

Con todo derecho, ciertos trabajadores del mundo de la sanidad pueden rechazar este lugar primordial, y algunos no se privan de ello. Es del todo legítimo echar raíces y coherencia en lugares diferentes. Ellos han escogido colocarse, por lo menos conscientemente, en el exterior del mundo de la sanidad. Pero rehúsan encerrarse, dicen ellos, en un mundo cerrado. Para lo cual tienen no solamente derecho, sino la libertad más absoluta, puesto que cada uno de nosotros está llamado a intentar la unidad de sí mismo a partir de su opción.

Pero a mi entender el mundo de la sanidad no es un mundo cerrado. Es, creo, un mundo incluso demasiado abierto, y las corrientes de aire que lo atraviesan corren el peligro de ser perturbadoras y sofocantes.

Negar demasiado fácilmente que nos marca hasta lo más íntimo de nosotros mismos peligrar ser, para algunos, el hecho de un miedo profundo y de un rechazo de enfrentamiento con ellos mismos. Me he encontrado a menudo con personas que habían hecho esta elección; pocos habían escapado de la endogamia

habitual y la frecuentación de aquellos y aquellas que tienen esta misma cultura.

*El mundo de la sanidad,
lugar de lo normal y de lo universal*

Yo pienso incluso que el mundo de la sanidad es el lugar donde se frecuenta al hombre normal (carteles del Club Mediterranée). Aquí, es la humanidad entera la que se cita para vivir prácticamente, y concretamente, los diversos componentes miniaturizados de la sociedad y del hombre. (El otro día, los trabajadores sociales de mi ciudad explicaban que era muy posible que cada año, a diferentes frecuencias, se encontraran con casi un 30 por ciento de la población).

Tomemos, por ejemplo, el caso de un joven enfermero, diecisiete años y algunos meses. ¿Qué joven, a esta edad, podrá estar en el balcón o en la encrucijada del mundo mejor que él? Yo sólo veo un riesgo para este joven, y es que sea demasiado rápidamente enfrentado: a lo demasiado verdadero, a lo demasiado lleno, a lo demasiado complejo, a lo demasiado agresivo, y que se marche corriendo.

Pero entiendo que si se marcha es que esta experiencia le pide demasiado, le introduce en la cuestión. Entonces él busca en el exterior un grupo cerrado, reducido y seguro para protegerse. Yo no le culpo por ello: digo simplemente que si nadie le ayuda a aceptar el mundo y la cultura en la cual va a sumergirse 40 horas por semana, le será difícil permanecer.

No quiero decir que hay que ser profesional las 24 horas del día: quiero decir que esta cultura, vivida como lugar primordial, en el sentido en que la definió Malraux, puede impregnar la mentalidad y la acción, sin mutilarlas, y proporciona claves de lectura para los sectores: político, económico, filosófico o religioso. La sanidad no es un lugar cultural que permite una síntesis; es una vía de acceso y de comprensión para otras experiencias profundamente humanas.

Debo admitir que, en los dos ministerios que vivo actualmente: Secretario de la Región Apostólica Centro-Este y Delegado en la Pastoral de Sanidad, no existe aparentemente ningún vínculo entre ellos, gracias a la cultura de connivencia, he podido sugerir en numerosas ocasiones unos medios de análisis para el conjunto de los fenómenos que escapan, estrictamente hablando, al mundo de la sanidad.

LA SANIDAD COMO LUGAR URBANO

Todo lo que he dicho anteriormente de las personas y de los grupos que constituyen el centro del mundo de la sanidad, y sobre todo de la cultura de connivencia, me lleva ahora a evocar otro punto. La realidad cultura-sanidad, para tomar cuerpo, debe tener un cierto espesor, y situarse generalmente en la complejidad del fenómeno urbano (excepciones: Hauteville y Assy).

*La cultura de connivencia,
filón urbano en medio de un filón urbano*

En pocas palabras, mis investigaciones presentes me llevan a decir que la ciudad es un tejido de solidaridades escogido: son unas citas permanentes, que no se pueden despreciar.

La ciudad se basa en la elección afectiva. Aquel que no tiene la posibilidad de elegir a sus amigos, sus distracciones, así como sus diálogos, está abocado al estallido o a vivir al margen de todo. Está aislado y fagocitado por la socialización.

El hombre solo, en territorio hiper-socializado, es devorado. Su esqueleto se funde; es reducido al estado de humo. Sólo aquel que ha escogido el vivir una vida colectiva, en una colectividad restringida, y que ha alcanzado y cooptado una comunidad que existe con él y sin él, puede existir personalmente.

No es solamente un asunto de medio sociológico o profesional, aunque yo no niego su importancia; es un asunto de agregación a una cultura, una especie de sostén para existir individualmente. Yo opino que *elección, cultura y comunidad* son tres elementos, entre otros, constitutivos de la ciudad.

Existen filones urbanos, tal como existen filones auríferos o carboníferos. Estos atraviesan la ciudad. Cuando se encuentra el cabo de uno de ellos, se puede ir siguiendo y descubriendo así una estructura interna secreta, subterránea. Es una cohesión hecha de encuentros, de elecciones, de proximidades deseadas y decididas, son unos aglomerados en la aglomeración.

Hay varios filones urbanos y yo entiendo que el mundo de la sanidad es uno entre ellos. La ciudad es proyección sobre el terreno de un cierto número de funciones complejas, algunas de las cuales engendran culturas subterráneas.

Creo que alguien del mundo de la sanidad llegado a un C.H.U. o ejerciendo un trabajo social en una Z.O.P. sólo podrá aguantar firme y llegar a ser él mismo si alcanza el filón urbano del mundo de la sanidad y cultura de connivencia.

De otro modo, no podrá permanecer si no tiene un lugar para decir, ser oído y comprendido. Todos saben el número de suicidas que ven los trabajadores de la sanidad: la muerte es para muchos la puerta de salida para escapar del aislamiento.

Y no son los estudiantes y médicos que escapan de la ciudad con angustia en cuanto están libres los que van a estar más satisfechos.

Se podrían decir mil cosas y discutir largamente sobre este tema. Pero éste no es hoy nuestro propósito. Yo quiero evocar ahora la proposición de la fe en lo íntimo de este filón urbano que es la sanidad.

*¿La Pastoral de la Sanidad es un aspecto
de la Pastoral Urbana?*

Si la Iglesia no tiene más que el sistema parroquial, es bien evidente que al cabo de cierto tiempo aquellos

que frecuenten estas reuniones deberán situarse a un nivel muy alto de abstracción o de sublimación. Yo no digo que esto no deba existir, sino que éste no debe ser el único tipo de presencia eclesial y de proposición de la fe.

La pregunta que se plantea es temible: ¿Dónde, cómo, con quién, aquellos que adquieren esta cultura de convivencia podrán confrontar las interrogaciones que surgen en ellos, con el Evangelio y la Tradición viviente de la Iglesia?

¿Dónde oirán, y de quién, una palabra que llegue a sus preocupaciones y a su corazón? ¿En qué lengua celebrarán las maravillas de Dios que se acercó a los hombres?

Desde luego, puedo admitir que el sistema parroquial será suficiente para algunos. Pero para el mayor número, ¿quién hará visible, audible y creíble a la Iglesia, en este filón urbano que salta los muros de cualquier institución?

Sabemos que, desde siempre, la Iglesia ha germinado, ha brotado, en esta juntura del drama humano donde se entremezclan ternura y fuerza, alegría y tristeza, inquietud y serenidad: el mundo de la sanidad es significación de lo humano.

Las instituciones cristianas, aunque estas tengan una actualidad, no serán suficientes. Las capellanías hospitalarias, por importantes que sigan siendo, no podrán ser sacramento por sí solas. Las Ordenes Religiosas *especializadas* no tienen la pretensión de agotar, ellos solos, la presencia de la Iglesia, y tampoco algunos laicos cristianos diseminados constituyen una proposición evangélica suficiente.

Yo abogo, pues, para que en el seno de la ciudad, en este filón urbano cultural, se tejan los elementos de una Iglesia cuya celebración, comportamiento y palabra sean visibles y señalables.

LA SANIDAD, LUGAR DE LA SIGNIFICACION Y DEL SIMBOLISMO

Cada uno de nosotros conoce todo lo que ha podido escribirse sobre este asunto, sobre todo desde hace tres o cuatro años, no solamente en las revistas especializadas, sino también en los diferentes coloquios o investigaciones psico-sociológicas. También las publicaciones de orden teológico se interesan actualmente por ello.

Ya se ha dicho anteriormente que el mundo de la sanidad era el lugar del sentido, o sea, de la ideología, y no deseo desarrollar este tema ahora. Sólo pretendo hacerme comprender y evocar ante vosotros algunos ejemplos que entresaco particularmente del C.H.U.

Las palabras

Yo no sé si vosotros habéis ido a sentaros entre el pueblo que viene a los consultorios. Hacedlo, escuchad

y acoged las conversaciones con un corazón disponible. Lo que se decía antiguamente en casa del barbero que era también farmacéutico y más o menos terapeuta se dice ahora en los consultorios; me parece que Molière iría allí para conocer el corazón del hombre.

Más allá del lenguaje, los gestos

La profilaxia, ponerse una bata o una máscara para entrar en una sala de reanimación, el arreglo de la persona, la visita del jefe, los vestidos, los medicamentos (las transfusiones). *La sanidad es quizás un simbolismo que se dan los hombres para recordarse que vivir es importante.*

Más allá de los gestos, las instituciones

El esfuerzo por la salud es útil, pero no impide la muerte. Lo que importa es que una institución oficial recuerde que la vida tiene un sentido, y que los hombres necesitan ser solidarios y organizarse entre ellos para encararse con la tragedia de su destino.

Más allá de la institución, la peregrinación del sufrimiento

Sufrir es un extrañamiento, es un largo viaje en un país sin un punto de identificación: andar errante por unas colinas cuyos senderos no conducen a ninguna parte. Aquel que está llevado a este periplo permanece siempre solo, no tiene ningún compañero. El otro está siempre lejos y se aleja sin cesar. Como en las pesadillas, hay un abismo entre las manos que se tienden.

Viajero de lo desconocido, el sufriente se nutre del espeso silencio y su mutismo no proviene solamente de su repliegue sobre sí mismo sino que se origina también en el vacío. Las palabras son vanas y no tienen ningún peso en comparación con el esfuerzo por vivir.

Sufrir es desconcertante en todo el sentido de la palabra. Se deja el camino ordinario y marcado para entrar en caminos transversales despoblados y sin límites. Sí, se sale para otra parte y se vive de otra manera, hasta el punto de que algunos días son suficientes para aislar de los que continúan viviendo en sus trayectorias habituales. Se regresa del sufrimiento como de un exilio y se comprueba, con asombro, que las cosas no han cambiado tanto mientras se estaba *ausente*.

Todo esto explica la angustia de aquellos que empiezan a sufrir. A pesar de que están mal y no quieren admitirlo todavía, los enfermos, aunque permanezcan en su casa, están iniciando una aventura de la cual no conocen ni el término ni la duración y sobre la cual no tienen ningún poder.

Durante mucho tiempo he creído que el hospital era un lugar aparte, porque la población temía el enfrentamiento con el sufrimiento y la muerte. Esto es sin duda verdad. Pero hoy día me interrogo más profundamente: el hospital es un lugar aparte porque aquellos que viven en su carne y en su corazón el sufrimiento son,

como peregrinos del desierto, viajeros sin equipaje y sin brújula.

El personal hospitalario o social, testigo impotente del drama que se desarrolla ante sus ojos, busca un medio de comunicación y sólo encuentra, generalmente, aproximaciones ridículas. Por ello, siente la tentación de pensar que es inútil o ineficaz cuando quizás la cuestión reside fuera de allí. El mismo es invitado a un viaje por las tierras desoladas donde, a menudo, los senderos no conducen a ninguna parte.

Más allá del sufrimiento, curar

Curar es quizás el mayor simbolismo que el hombre vive en su carne. La voluntad de vivir se sobrepone, y se coge la mano de los demás para ponerse en pie y andar con ellos.

Curarse, es salir de la noche, de la larga noche de la enfermedad. Curar, ¡estalla como la luz!

Curarse es dejar atrás a la muerte, es una salida exultante de la inmovilidad: «Cuando esté curado, dice el enfermo, iré a mi casa».

Curarse es un proyecto fundamental: surge como un salto hacia delante de todo el ser.

Curarse es sin duda la mejor, la más totalizante, la más conmovedora de las aventuras humanas. A mi entender, es igual que la aventura amorosa: ensancha el ánimo, desata las ligaduras y da unas posibilidades que sobrepasan verdaderamente al hecho mismo de la curación. Experiencia radical donde el hombre recobra su dignidad, su independencia, su coherencia.

Si curar es todo esto, yo sentiría que aquellos que están delegados por la nación para realizar este *milagro* no percibieran por sí mismos el mensaje y la grandeza. ¿Se puede simplemente cuidar sin curarse a sí mismo?

De la misma manera en que una joven parturienta se sorprende al ver el niño que ha llevado en su seno, los miembros de un servicio hospitalario experimentan una alegría semejante cuando un enfermo se levanta y se va después de haber estado a punto de morir. Es una experiencia terrible en un servicio que conmueve quizás más que la del fracaso y la decrepitud. El hombre está hecho para curarse y allí donde la persona no se cura, la esperanza tiene muchas dificultades en echar raíces, pues si no está sostenida por el simbolismo de la liberación del hombre, se seca antes de haber brotado.

Curarse es quizás la expresión temporal de la resurrección. Esta no se limita a la conciencia que se tiene de ello y distancia siempre la reflexión que puede hacerse. Curarse coge siempre de sorpresa y, antes de conocer la decepción de reanudar el peso de los días, proporciona un instante inefable de libertad en un estado nuevo.

El mundo de la sanidad, signo para la sociedad

¿Puede suprimirse el significado del mundo de la sanidad de una nación moderna, sin originar cierta dis-

minución del sentido y de la voluntad de vivir individual y colectiva?

Por mi parte, yo creo que el mundo de la sanidad es un simbolismo que se da una nación. Lo importante, lo que cuenta, es el significado simbólico de la institución; este vale tanto como su eficacia material.

Yo quisiera evocar simplemente la función visible: del hospital, del centro social en una Z.U.P., un simbolismo que puede ser interpretado como una parábola. Yo terminaré este párrafo repitiendo la feliz expresión que ha sido empleada aquí y allá: el mundo de la sanidad es una parábola, una parábola de la Salvación.

Añado simplemente que toda parábola tiene un polo de realidad y un polo de significación.

Pastoral de la Sanidad, explicación de la parábola

Como hizo Jesús con los Apóstoles, cuando les explicaba, por ejemplo, la parábola del sembrador, yo pretendo que el papel de los creyentes es el de descifrar el mundo de la sanidad como una parábola de salvación para revelar su sentido oculto a aquellos que viven su realidad.

«Por numerosas parábolas semejantes, Jesús les anunciaba la Palabra, en la medida que eran capaces de comprender. No les decía nada sin emplear las parábolas, pero en particular El lo explicaba todo a sus discípulos» (Marcos 4, 33-34).

Hoy, todavía, los discípulos de Cristo inventarán, a su vez, un lenguaje que hablará de la proximidad de Dios a los que están formados por la cultura de convivencia. La proposición y la explicación de la parábola de Salvación se convertirá en proposición misionera para un mundo. Ella permite acoger al Dios que se acerca a los hombres a un paso que está siempre en proporción con la libertad.

¿No sería esto lo que decía Dietrich Bonhoeffer a su manera de las realidades últimas y penúltimas?

LA SANIDAD, UN LUGAR PARA LA IGLESIA

Desde siempre, la Iglesia ha estado representada en el campo de la sanidad. Ella presintió siempre que allí se representaba un servicio del hombre enfrentado a su razón de ser.

Ella vio también que era un lugar de combate. Comprendió, al mismo tiempo, que era el sitio del consuelo.

En los años que se avecinan, es de suponer que las instituciones cristianas no serán el único testimonio de la caridad de Cristo.

Aunque no se deba supervalorar su papel, conviene sin embargo, a condición de dejarles un lugar, que éstas sean realmente proféticas: Por ejemplo: Centros de cuidados comunitarios. Centros de Planificación y de consejo familiar. Hospital San Christopher's.

Pero no cabe reducir la visibilidad de la Iglesia a

estas instituciones. Conviene preguntarse: ¿Es que el lugar-sanidad puede ver surgir, en su seno, comunidades creyentes diferenciadas, en comunión no sólo entre ellas sino con la Iglesia-madre?

Yo participé, hace tiempo, en reflexiones de teólogos que se planteaban la cuestión de saber si todas las realidades humanas colectivas eran eclesializables.

Sé que esta es una palabra que podríamos calificar de jerga espantosa, pero permite una cierta aproximación. En efecto, se puede preguntar si todos los agrupamientos humanos pueden ser una base para constituir una Iglesia en la cual unos grupos eclesiales funcionen como comunidades.

Está claro, por ejemplo, que la población de una porción del territorio es ciertamente eclesializable, pero una población que viva una misma cultura lo es quizás igualmente.

Es difícil, pero yo me pregunto si lo que hemos dicho anteriormente de la cultura de connivencia y de la estructura de la ciudad no nos invita a pensar que un pequeño extremo de la Iglesia, que una casi-Iglesia puede vivir, fortificarse y desarrollarse en el mundo de la sanidad.

No es una Iglesia de pleno ejercicio: es un casi-Iglesia que se edifica bajo el beneplácito del obispo del lugar. Le permite comprobar la fe y convocarla con otras casi-Iglesias y otras comunidades de base territorial para celebrar los grandes misterios del año litúrgico.

Este sería un debate muy largo, y seguramente, sin conclusión pero, ¿no hay que investigar en este sentido?

Yo entiendo por casi-Iglesia una comunidad que toma a su cargo el conjunto de la vida espiritual de sus miembros, que les proporcione los sacramentos de la vida cristiana.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que da los medios prácticos de celebrar los actos de la vida: principalmente, nacimiento, matrimonio, muerte.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que puede entrar en comunicación con otras casi-Iglesias, y confronta su fe al Credo de la Iglesia Universal (Sínodo).

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad donde el episcopado de Dios se puede ejercer por el ministerio de un delegado habitual del obispo.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que, dialogando con los no creyentes, puede acoger en su seno a unos catecúmenos.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que celebra la gloria de Dios y le rinde un culto público.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que se preocupa por la formación teológica e invita a sus miembros a leer las Escrituras y a conocer la Tradición de los Padres.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad en la cual se encuentran diferentes estados de vida y diferentes ministerios ordenados o instituidos.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad donde

se buscan la vida espiritual y la vida mística adaptadas a la cultura ambiente.

Yo entiendo por casi-Iglesia, una comunidad que puede tomar partido por el hombre, clara y fuertemente, con posibilidades de ser oída.

Es allí donde se debatirán las cuestiones éticas y se elaborarán señales indispensables que servirán, en el futuro, no sólo al mundo de la sanidad sino a toda la sociedad.

«Si, en efecto, la ciencia y la práctica médica plantean en términos nuevos el problema ético, ello no es a la manera de un sector particular de aplicación de una moral general. En verdad, es el lugar sensible, decisivo, crucial, donde la restauración de la ética es exigente y urgente. Puesto que aquí se trata de lo esencial, de la vida y de la muerte, de todo el sentido de nuestra existencia. Así, pues, es inútil imaginar que en materia jurídica y política subsistirán unas normas, cuando éstas se borran allá donde el ser del hombre está en prueba.

Precisamente, el problema ético planteado por las ciencias médicas aparece como urgente e ineludible, difícil e inédito en sus múltiples enunciados, porque es revelador de una incertidumbre y de una inquietud comunes, hoy en día, en todos los campos.» (Claude Bruaire: *Une Ethique pour la médecine* p. 18).

CONCLUSION

Mi propósito no es en todo caso una fantasía: son unas perspectivas cuyos jalones ya han sido plantados acá y allá. Pero sin lugar a duda, hay muchos otros escenarios pastorales posibles (cf. el último Montmartre). He evocado unos elementos esenciales: se pueden ajustar entre ellos diferentemente, según el lugar donde se habita, el pueblo cuyo destino se comparte, la Pastoral Diocesana dominante. Si yo fuese de Ardèche, no razonaría como un lionés, y si fuese de Estrasburgo, no me orientaría como lo haría uno de Niza.

Ya sé que mis proposiciones son muy relativas, pero antes de rechazar en bloque mis sugerencias yo os invito a entresacar la parte de verdad que contienen, y a partir de ahí, inventar, con el pueblo marcado por la cultura de connivencia, una pastoral que tenga en cuenta el porvenir de la Iglesia. Es una de las apuestas de Lourdes 1981.

Tengámonos al corriente de nuestras realizaciones concretas, e intentemos decirnos no solamente lo qué hacemos, sino también el porqué de nuestro combate evangélico.

Poco importa la manera en que avancemos; yo estoy seguro de que la edificación de la Iglesia en el mundo de la sanidad es una suerte para el hombre y, sin duda, un lugar-test para las iglesias diocesanas.

PEDRO JACOB

Delegado de Pastoral de la Salud en Francia

Juan Pablo II y los enfermos

PALABRAS DEL PAPA A LOS ENFERMOS Y A LOS ANCIANOS

VIAJE PASTORAL DE JUAN PABLO II

De Madrid a Santiago, en toda la trayectoria del viaje pastoral de Juan Pablo II a España, han estado presentes los enfermos. Y el Papa, como siempre, se ha hecho cercano, los ha saludado y ha tenido palabras de esperanza.

Zaragoza, sin embargo, fue el marco para un acto específico con los enfermos: era la tarde del día seis de octubre; dos días después serían los ancianos, en la ciudad de Valencia.

El significado y la importancia de estos dos encuentros se deduce principalmente de los breves discursos que les dirigió. Los ponemos a continuación para que nuestros lectores puedan, no sólo leerlos, sino para que les sirva también de serena y profunda meditación.

Nosotros, desde la redacción de la revista, subrayamos para nuestros lectores las ideas base y fundamentales.

A los enfermos

- Junto a los enfermos el Papa se identifica de manera especial con el Cristo que sufre y que cura.
- La situación de enfermedad no es ningún fracaso: Cristo nos salvó desde la cruz.
- Lección y ejemplo de los enfermos: ellos nos enseñan a relativizar muchas de las cosas de este mundo.
- El enfermo no es un inútil.
- Recuerdo para las familias y personal sanitario, invitando a éstos a vivir su misión con actitud vocacional, sentido ético, responsabilidad, respeto, sensibilidad.
- Llamada a realizar una pastoral positiva, organizada, integrando a los diversos grupos.

A los ancianos

- La ancianidad es algo venerable.
- Dificultad de acogida del anciano por parte de nuestro mundo materializado, de cálculos económicos y de eficacia.
- Llamada, igualmente, a la Iglesia para que estimule y ayude, descubra y colabore en nuevos planteamientos.
- Urgencia de una pastoral con el anciano que le ayude a no automarginarse.

De esta forma se han visto sorprendidos estos dos sectores por la palabra del Papa; es verdad que estas palabras no han sido de ostentación, ni dirigidas a grupos masivos, al estilo de otros; tampoco *grandes discursos*; casi no llegan a *discursos*, los titulares son otros. Hubiéramos querido otra cosa para los enfermos:

Pancarta que hicieron los voluntarios para representar en Zaragoza a todos los niños enfermos del Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona.



un reclamo, un toque de atención, una valoración más justa y menos de pasada porque, en definitiva, todos somos enfermos en potencia y, querámoslo o no, todos hemos de pasar por ello.

Nuestros deseos, pues, no se han cumplido como esperábamos; pero ahí están esas *palabras del Papa*; la verdad que no tienen desperdicio, son las suficientes, son también inteligibles, no necesitan traducción y pueden servirnos para una acción pastoral programática. Aprovechemos la oportunidad.

ZARAGOZA

VISITA A LOS ENFERMOS

**Quisiera tener miles de manos —les dijo—
para estrechar cada una de las vuestras**

Queridos enfermos:

En el marco de mi visita al Pilar de Zaragoza, para el acto mariano nacional, tiene lugar este encuentro del Papa con los enfermos. Es para mí *uno de los más importantes de mi viaje* apostólico. Porque en vosotros me encuentro de manera especial con Cristo que sufre, con Cristo que pasó curando a los enfermos, que se identifica de tal modo con vosotros que considera hecho a El mismo lo que a vosotros se hace.

Sois pocos los aquí presentes, pero representáis a todos los enfermos de España. Tanto a los que yacen en un instituto sanitario público o privado, como a los que están en sus casas, en la cama, en la silla de ruedas, en su inmóvil asiento o que caminan bajo el peso de la enfermedad.

Quisiera en estos momentos tener miles de manos que



María Angeles Ruz, de 8 años, a pesar de estar muy grave, quiso viajar a Zaragoza para ver al Papa. Para ella la larga espera en la explanada de la Romareda fue dolorosa, pero quedó mitigada por el cariño de todos y los cuidados constantes del Dr. Illa.

se alargaran a estrechar cada una de las vuestras, preguntaros cómo estáis, compartir al menos por un momento vuestras ansias y sufrimientos, y dejaros una palabra de aliento y un abrazo de hermano. Cada uno de los que me véis a través de la televisión o me oís por la radio, *sentidme intencionalmente a vuestro lado*.

Vosotros que vivís bajo la prueba, que os enfrentáis con el problema de la limitación, del dolor y de la soledad interior frente a él, *no dejéis de dar un sentido a esa situación*. En la cruz de Cristo, en la unión redentora con El, en el aparente fracaso del hombre justo que sufre y que con su sacrificio salva a la humanidad, en el valor de eternidad de ese sufrimiento está la respuesta. Mirad hacia El, hacia la Iglesia y al mundo y elevad vuestro dolor, completando con él, *hoy*, el misterio salvador de su cruz.

Tiene un gran valor sobrenatural vuestro sufrimiento. Y sois además para nosotros *una constante lección*, que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida. Para vivir mejor los valores del Evangelio y desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda, el amor.

Por eso no consideréis inútil vuestro estado, que tiene para la Iglesia y para el mundo de hoy un gran sentido humanizante, evangelizador, expiatorio e impetratorio. Sobre todo si vosotros mismos adoptáis una actitud abierta, creadora dentro de lo posible y positiva, ante la acción de la gracia que actúa en vuestro espíritu.

Pero no puedo detenerme sólo en vosotros. Al pensar en vuestra condición, pienso espontáneamente en vuestras familias, en los profesionales y trabajadores sanitarios, en las religiosas, religiosos y sacerdotes del mundo de la sanidad. En todos los que, en el complejo ámbito de la sociedad actual, se dedican a la atención del enfermo.

Es una misión de extraordinario valor, que hay que vivir como verdadera opción vocacional, con gran sentido ético de solidaridad y respeto al hombre, sin olvidar la dimensión trascendente y religiosa del ser humano.

Vaya mi palabra de ánimo a cuantos trabajan en este campo que requiere tanta sensibilidad humana y espiritual, para estar en sintonía con las exigencias y expectativas del enfermo. Con mi gozo y aplauso a las casi 15.000 religiosas y 2.000 sacerdotes y religiosos que prestan su labor en el campo de asistencia sanitaria, sobre todo en los sectores más desatendidos de enfermos mentales, crónicos, desahuciados, minusválidos y ancianos.

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

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

A la Virgen del Pilar encomiendo las intenciones y necesidades de cada enfermo —hombre o mujer, niño o adulto— de España, así como las de cuantos se dedican al cuidado de los enfermos y a la asistencia sanitaria. Sobre todo, invoco la serenidad, la esperanza de las bienaventuranzas, la mejoría en su salud, y a todos bendigo de corazón, en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo.

HABLA A LOS ANCIANOS

Es necesaria una pastoral que evite la automarginación de la tercera edad

Queridos ancianos:

Ante este santuario de la Madre común de los Desamparados os saludo con especial afecto, personas de la tercera edad. Y me alegra que este encuentro tenga lugar aquí en Valencia, tan ligada a una figura muy querida en esta ciudad y en España: Santa Teresa Jornet Ibars, fundadora de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, que, junto con otros institutos y personas, tanto se han prodigado y se prodigan en favor de la tercera edad. La ancianidad es algo venerable para la Iglesia y para la sociedad y merece el máximo respeto y estima. Ya el Antiguo Testamento nos enseña: «Alzate ante una cabeza blanca y honra la persona del anciano» (Lev., 19, 32). «En los ancianos está el saber y en la longevidad la sensatez» (Job, 12,12). Por ello me inclino ante vosotros e invito a todos a manifestar siempre la reverencia afectuosa que merecen quienes nos han dado la vida y nos han precedido en la organización de la sociedad y en la edificación del presente. El severo mandamiento del Sinaí, «honra a tu padre y a tu madre», sigue en plena vigencia.

Sé que un mundo materialista y hedonista como el nuestro trata muchas veces de aislarlos, queridos ancianos, y os encontraréis con problemas de soledad, de falta de cariño y comprensión. Un sufrimiento tanto mayor cuanto son los propios hijos o familiares los que se comportan de esa manera.

Muchos no comprenden que no se pueden valorar la vida y las cosas con un solo criterio económico o de eficiencia. Por ese camino se deshumaniza la convivencia y se empobrece la familia y la sociedad. Es verdad que en tantos casos la persona en edad adulta, sobre todo si no goza de buena salud, no podrá ejercer las mismas funciones de una más joven. Pero no por ello su misión es, a veces, menos preciosa, pues puede desarrollar muchas labores complementarias y muy útiles, que la vida moderna no permite fácilmente a quien tiene un trabajo regular. Esa inserción en la vida familiar y social, según las posibilidades de los ancianos, será para ellos fuente de serenidad personal y de aliento —al sentir la propia—, así como de enriquecimiento social.

Ante una perspectiva demográfica de fuerte crecimiento de los ancianos respecto de los jóvenes, la sociedad ha de plantearse con criterios humanitarios y morales este problema, evitando una dolorosa e injusta marginación.

La Iglesia, por su parte, ha de estimular a todos a descubrir y estimar la colaboración que el anciano puede ofrecer a la sociedad, a la familia y a la misma Iglesia. Empezando por alentar a las personas mayores a no automarginarse, cediendo a la falsa convicción de que su vida no tiene ya objetivos dignos.

Para ello hay que ayudarles a mantener el interés por cosas útiles a sí mismos y a los demás, a cultivar su inteligencia, a apreciar la amistad con otras personas y a valorar su puesto en la gran familia de hijos de Dios que es la Iglesia, en la que cada persona tiene dignidad



Los niños del Hospital, preparando la visita del Papa, expresaron con dibujos o escritos como veían tal acontecimiento. María del Mar, 10 años, con este dibujo parecía intuir lo que luego realmente sería la visita: Una fiesta en espacios abiertos con multitudes aclamando y escuchando el mensaje de paz y amor, que para todos trajo Juan Pablo II.

y valor idénticos. ¡Cuántas parroquias podrían también recibir la ayuda preciosa de personas de la tercera edad en tantas misiones de apostolado, catequesis y de otro tipo! Es necesario que se desarrolle en la Iglesia una pastoral para la tercera edad, en la que se insista en el papel creativo de la misma, de la enfermedad y limitación parcial, en la reconciliación de las generaciones, en el valor de cada vida, que no termina aquí, sino que está abierta a la resurrección y a la vida permanente. Con ello se hará una labor eclesial y se prestará un gran servicio a la sociedad, clarificando la escala de tantos valores humanos.

Será sobre todo la familia la gran beneficiaria. No resisto a leeros unas hermosas palabras de mi predecesor Pablo VI que recogí en mi exhortación apostólica *Familiaris consortio*: «Los ancianos tienen además el carisma de romper las barreras entre las generaciones antes de que se consoliden: ¡Cuántos niños han hallado comprensión y amor en los ojos, palabras y caricias de los ancianos! y ¡cuánta gente mayor no ha suscrito con agrado las palabras inspiradas 'la corona de los ancianos son los hijos de sus hijos'!» (Prov., 17, 6 n. 28).

A todos los miembros de la comunidad y especialmente a las religiosas y seglares que trabajan en la pastoral de la tercera edad les expreso mi profundo aprecio y agradecimiento en nombre de la Iglesia. Les pido sigan presentando con abnegación y talante de fe su meritoria obra para inspirar en las personas, familias y comunidades el espíritu de amor del Evangelio hacia los ancianos.

Que la Virgen Santísima de los Desamparados proteja a todas las personas de la tercera edad de España, sobre todo a las que más necesidad tienen de amparo. E inspire sentimientos de solidaridad y comprensión en los corazones para que ningún anciano carezca del respeto, afecto y ayuda que necesita. A los ancianos todos, y a cuantos les atienden y trabajan por ellos, doy de corazón la Bendición Apostólica.

Noticiario

Hospitales

BARCELONA

PRIMER CURSO DE URGENCIAS EN PEDIATRIA

Durante los días 20 al 23 de octubre se ha celebrado, en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, el Primer Curso de Urgencias en Pediatría, organizado por el Servicio de Pediatría y coordinado por la Sección de Urgencias Pediátricas.

El curso se desarrolló a lo largo de cuatro días de trabajo intensivo, mañana y tarde, con comida de trabajo en el mismo hospital, y ha contado con la colaboración de todo el estamento médico hospitalario, así como con la colaboración extraordinaria de distinguidos pediatras nacionales y locales.

La inauguración del curso corrió a cargo del Profesor D. Manuel Cruz Hernández, Catedrático de Pediatría de la Universidad de Barcelona, quien disertó sobre *Consideraciones fisiopatológicas del shock en el niño*.

El curso fue clausurado por el Dr. Plaza Montero, Médico-Director del hospital, quien desarrolló *La asistencia integrada en las Urgencias Infantiles*.

A lo largo de las sesiones de trabajo intervinieron, como invitados, los doctores J. Argemi Fontanet, Director de la Clínica Infantil Nen Jesús, de Sabadell, X. Ballabriga Vidaller, Jefe de la Sección de Urgencias Pediátricas de la Residencia del Valle Hebrón, y J. Nadal Amat, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, además de diversos médicos de los Servicios de Pediatría, Cirugía, Ortopedia, Neurología y las distintas Secciones del Departamento Pediátrico.

La asistencia fue numerosa superándose las previsiones, ya que se llegó a sesenta y ocho cursillistas inscritos.

El curso se dirigió, fundamentalmente, a pediatras de asistencia extrahospitalaria y su nivel, tanto científico como práctico, fue muy bueno, con interesantes coloquios al final de las conferencias.

Se cerró el curso con una comida de clausura, en el transcurso de la cual se entregaron los diplomas acreditativos, tanto a los cursillistas como a los médicos colaboradores.

Consideramos el Curso de Urgencias en Pediatría como el inicio del Año Académico del Servicio y por tanto volveremos a estar con todos los interesados en su asistencia, en próximos años, si cabe, con mayor ilusión, y con los perfeccionamientos que creamos oportunos, fruto de experiencia obtenida en este primer curso.

VISITA DE DON FEDERICO MAYOR ZARAGOZA

El día 13 de octubre de 1982, con motivo de la concesión por parte del Patronato Nacional de Prevención de la Subnormalidad al Hospital San Juan de Dios de una ayuda para proseguir las investigaciones que dicho hospital tiene emprendidas, el Sr. Ministro giró una visita en la que detenidamente ha estudiado con los propios interesados la problemática que sobre la subnormalidad inquieta conjuntamente al Ministro, al Patronato Nacional de Ayuda a la Prevención de la Subnormalidad y al propio hospital.

Con tal motivo el Sr. Ministro ha podido conocer el actual funcionamiento y organización de una Institución Pública ya centenaria gestionada por la Orden Hospitalaria de los Hermanos de san Juan de Dios.

MANRESA

UNA ESCUELA VIVA EN EL HOSPITAL

Este año nuestro hospital cumple su 50 aniversario. Nuestra escuela como parte viva del mismo e identificada con su línea de *asistencia integral al enfermo*, ha querido contribuir activamente en su celebración.

Pensamos y repensamos qué podríamos hacer que valiera la pena, ya que estábamos casi seguras de que al centenario no íbamos a llegar; era pues cosa de moverse aquí y ahora.

Leímos en una revista especializada en educación, hace ya más de un año, la noticia de una exposición de libros, procedentes de todo el mundo, seleccionados por IBBY (Organismo internacional para el libro infantil y juvenil), que, por aquellas fechas, se realizaba en Bolonia con motivo de la Feria Internacional del Libro Infantil.

Nos llamó poderosamente la atención el hecho de que la exposición estaba dedicada a niños con deficiencias de todo tipo. Para nosotras podía ser una fuente de informa-

ción, un encontrar algo más en esta búsqueda incansable que es como un gusano que roe por dentro.

Al ser escuela especial que vive en el hospital, con nuestro punto de mira sobre lo que ha de ser una escuela, la dedicación al niño carenciado y el amor al mundo del libro, el gusano que roe nos decía que esto tenía que verse, pero nos decía más aún: que si a nosotras nos parecía interesante, podría parecerlo también a muchas otras personas.

Empezamos a atar cabos y a creer que sería una digna contribución al año del cincuentenario, el poder traer esta exposición a Manresa, a nuestro hospital. Podía ser como un pequeño homenaje a quienes nos dan, día a día, la ilusión y el entusiasmo por nuestro trabajo.

Nos pusimos manos a la obra y enseguida encontramos eco a nuestra demanda. Contactamos con Leena Maissen, secretaria general de IBBY, y empezaron las negociaciones.

A pesar de las facilidades de todo tipo que hemos ido encontrando desde que se iniciaron los trámites hasta ahora, ha pasado más de un año; un año de mandar cartas a todas direcciones, y de traducir notas que temíamos no interpretar correctamente.

Pero ahora los libros están en casa y esto merece celebrarse.

Para dar mayor realce a la inauguración de la exposición —«Mostra Internacional del Llibre Infantil Especial» — Books and Disabled Children—, el sábado 16 de octubre, pensamos en la organización de una mesa redonda en torno a la problemática que presentan este tipo de libros.

Junto con la presidencia del Jefe del Servicio de Educación Especial del Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Catalunya, hemos podido contar con la participación en la misma de:

— Miguel Meler, Doctor en Pedagogía, Jefe del Departamento de Pedagogía Terapéutica de la Universidad de Barcelona, en el tema *Integración del minusválido por medio del libro*.

— Margarita Tura-Soteras, Bibliotecaria, Jefe de la Sección de Publicaciones e intercambio de la Biblioteca de Catalunya, en el tema *IBBY y su función*.



La exposición del libro infantil despertó gran interés entre los manresanos



Presidencia

— José Vallverdú, escritor, Eulalia Sariola, ilustradora y Núria Ventura, Bibliotecaria, pedagoga y especialista en literatura infantil, en el tema *Problemática de escritores e ilustradores ante la creación del libro*.

— Teresa Durán, narradora de cuentos, en el tema *El valor del cuento como recurso pedagógico* y en la narración de un cuento.

— Asociación de ilustradores de Barcelona: con participación del elemento infantil, representantes de la asociación ilustrarán, durante el descanso de la mesa redonda, los cuentos que varios grupos de niños habrán preparado especialmente para tal ocasión.

Una vez terminado este acto, se inaugurará la *Mostra* que consta de unos 200 volúmenes, cuyo contenido abarca diferentes apartados:

- Libros de temática general sobre minusválidos.
- Libros para niños invidentes o con ceguera parcial.
- Libros con dactilología para niños sordos.
- Libros táctiles.
- Libros para niños con retraso mental.
- Libros procedentes de otros países traducidos al japonés.

El criterio de selección de los mismos fue hecho con el fin de favorecer las posibilidades de identificación con los protagonistas, y rechazar cualquier información falsa, desproporcionada o alejada de la vida real.

El interés de la misma alcanza a todas aquellas personas que se relacionan y aman el mundo del niño y del libro: profesores, padres, bibliotecarias, escritores, ilustradores, editores, librerías.

En fin, estamos muy orgullosas de haber sido quienes han hecho venir esta exposición a España, y de ver cómo todas las personas que de alguna manera han hecho posible la realización de tales actos han colaborado casi espontáneamente, con enorme ilusión.

Desde aquí vaya nuestro agradecimiento público a todos ellos y esperamos que sirva de inspiración para nuevos trabajos y contribuya a salvar barreras de aislamiento y soledad.

Por nuestra parte prometemos cuidar el gusanito para que siga empujando.

ANTONIA M.^a GORGAS
M.^a INMACULADA MEDINA

ENTREVISTA A MONSEÑOR ANGELINI

Se reúnen los médicos católicos de 60 naciones

El médico al servicio de la vida es el tema del XV Congreso Mundial de los Médicos Católicos que se desarrollará en Roma, en el Auditorium del *Palazzo Pio* en la vía della Conciliazione, desde el 1 al 5 de octubre próximos con la participación de unos 2.000 médicos procedentes de sesenta diferentes naciones.

El promotor y animador del Congreso es monseñor Florencio Angelini, Asistente Central del AMCI (que agrupa a los médicos católicos italianos) y que es además obispo auxiliar de Roma para la Pastoral Sanitaria y miembro agregado de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El periodista Rafael Capomasi ha entrevistado a monseñor Angelini sobre el significado de esta importante iniciativa.

—¿Cuál es el alcance del Congreso Mundial de los médicos católicos?

—El Congreso servirá de renovación y será promocional para la extensión de las Asociaciones de los médicos católicos en países donde hasta ahora no existen. La preparación ha tenido el significado de solicitar la toma de conciencia por parte de los médicos católicos sobre la necesidad de organizarse para poder trabajar juntos para alcanzar algunas finalidades comunes en defensa de particulares principios de deontología médica y sobre todo de principios morales relacionados con la medicina. En efecto, en el Congreso estarán presentes numerosos sanitarios extranjeros que pretenden fundar una Asociación de médicos católicos en sus respectivos países, precisamente después de la clausura de los trabajos. Así pues, el Congreso es una ocasión para hacer un balance de presencia, de eficiencia y de perspectiva futura.

—¿Cuál es el programa del Congreso?

—El tema —*El médico al servicio de la vida*— por una parte responde a una demanda que surge de una sociedad siempre más participe, y al propio tiempo permitirá iluminar el sentido de la fe en el ejercicio de la medicina, tanto como investigación como de aplicación. La problemática extremadamente compleja que se ofrece a la medicina en nuestros días, no halla en la fe indicaciones abstractas ni mucho menos limitaciones perjudiciales, sino incitaciones y estímulos a una convergencia no sólo oportuna, sino obligada. Y es precisamente la noción integral de vida, observada, estudiada y amada en todas sus manifestaciones, en su indivisible calidad psicosomática, la que exige y postula una referencia que la sobrepase para soldar fenomenología y misterio, naturaleza y gracia, busca y esperanza y, como nosotros los católicos creemos, naturaleza y gracias.

La cumplida representatividad de los participantes no será objeto de dispersión de la rica exposición y de la eficaz confrontación, más bien contribuirá a que el Congreso sea fuertemente actual, precisamente porque el concepto de servicio a la vida en el impacto de las diferentes culturas asume una gama que es a la vez síntesis y espejo de las tareas que el médico debe desarrollar en nuestra sociedad.

Los problemas estudiados en el Congreso atañen a todos los aspectos del servicio a la vida en sus manifestaciones individuales y sociales: desde la promoción y el respeto de la

integridad psico-física de la persona humana a la prevención y a la educación para la salud; desde el estudio de las nuevas dinámicas de colaboración en las instituciones sanitarias a todos los niveles (del personal médico y no médico, del personal administrativo, del voluntariado) al problema de la asistencia familiar y, no el último, al de la muerte.

—¿Por qué es Roma la sede del Congreso?

—El haber escogido a Roma como sede del Congreso reproponemos, para los creyentes, aquella instancia de universalidad y, para nosotros católicos, aquel deber de unidad y de comunión que, en la medicina, como servicio a la vida, es condición de operatividad y de eficacia.

Cada 4 años se promueve un encuentro para afrontar y discutir temas médico-morales que inevitablemente el médico encontrará en su profesión, en cualquier lugar en que actúe. Así pues, después del último Congreso de Bombay, hemos aceptado con entusiasmo el honor de organizar este encuentro en Roma que, como sede del Vicario de Cristo, mejor representa un punto de fusión y de esperanza.

—¿El Congreso está reservado sólo a los médicos católicos?

—Hay que subrayar una realidad: aunque el Congreso está organizado y dirigido por los médicos católicos, está abierto a todos, al servicio de todos también de los no cristianos y de los no creyentes. Entre otras cosas, también entre los ponentes de este Congreso Mundial hay personalidades de fe no católica, como por ejemplo el conocido filósofo Karl Popper que participará con un trabajo sobre *La no infalibilidad de la ciencia y de los científicos* o bien estudiosos católicos no médicos, como el célebre Profesor Antonino Zichichi que hablará sobre *La dignidad del hombre y los valores de la ciencia en el Magisterio de Juan Pablo II*.

—¿Cuál será el momento más sugestivo de esta importante reunión?

—La presencia del Santo Padre Juan Pablo II en el Congreso: esto no es solamente un motivo de justificado orgullo y de alegría profunda. Se inscribe en el ministerio pastoral del actual Pontífice, cuya solicitud por el mundo de los enfermos tiene un sello excepcionalmente personal por cuanto es a la vez prerrogativa relevante de su magisterio y fruto de una dramática experiencia vivida en su persona.

Desde el día en que Juan Pablo II subió a la Cátedra de Pedro, ha hecho de la llamada al sufrimiento y a los enfermos un motivo constante de su predicación, de su catequesis, de su manera de estar presente entre los hombres. Hasta el punto de que, por una misteriosa pero emblemática sucesión de los acontecimientos, este Papa, amado entre otras cosas por su singular vitalidad, conoció el riesgo de la vida y de la enfermedad, trasladando visiblemente en su larga permanencia en el hospital después del trágico atentado el ejercicio de un ministerio que tradujo la palabra en ejemplo.

Estos son los motivos que, exaltando el significado y la importancia del próximo Congreso internacional, subrayan la urgencia de una toma de conciencia de las Asociaciones de médicos católicos respecto a las tareas que los médicos y todos los operadores sanitarios están llamados a asumir para la defensa de la vida.

—¿Qué ventajas podrán obtener, en general, de este Congreso Mundial los médicos italianos?

—Las ventajas serán múltiples para los médicos que aman la seriedad de los Congresos y que comparten la necesidad de no vivir de renta cultural sin educación permanente y sin puesta al día. En nuestro país la medicina, los médicos, los

paramédicos y todos los operadores sanitarios, están viviendo un tiempo muy agitado, de contraste y oposición casi siempre injustos. Muchas serían las reflexiones que cabrían, y de todos modos es cierto que hay una necesidad de meditación y de revisión inteligentemente humilde, hay una necesidad de recobrar confianza, de recobrar la capacidad de iniciativa, de reanimar el valor.

Los médicos italianos que, con su presidencia y consejo nacionales, son los principales responsables de la organización, deberán estar presentes ejemplarmente numerosos y disponibles para acoger a sus hermanos médicos procedentes de todas las partes del mundo. La presencia importante de los médicos italianos deberá ser, entre otras cosas, testimonio vivo de la nobleza de nuestro país, reafirmación del valor de la cultura cristiana, transmisión de necesaria confianza, de razonado optimismo para el presente incierto, para el futuro que deberá ser mejor.

R. CAPOMASI

MEJORAR LAS CONDICIONES DEL PARTO

Una interesante experiencia de un hospital romano

Los consultorios familiares, entre otras misiones institucionales, tienen también la de mejorar las condiciones en que tiene lugar el epílogo del embarazo, o sea el parto. El nacimiento de un niño, para la mujer va siempre unido al sufrimiento y, en cierta medida, a la soledad. La ciencia médica ha comprobado que se puede vivir este momento fundamental de la maternidad en una atmósfera de serenidad y de alegría, teniendo al lado al padre del que está por nacer.

Un experimento interesante en este sentido ha sido puesto en marcha desde hace tiempo en el hospital romano de la Isla Tiberina, regido desde casi cuatro siglos por los hermanos hospitalarios de san Juan de Dios: psicólogos, sociólogos, comadronas y ginecólogos colaboran para ayudar a la familia a resolver sin dramas los problemas de la vida sexual, y especialmente, del embarazo. Además de la normal actividad del departamento, el equipo obstétrico-ginecológico dirige un consultorio familiar y un ambulatorio de andrología. Después, el parto es seguido con las modernas técnicas naturalistas que restituyen al nacimiento la dimensión humana de la relación madre-hijo.

He aquí como se procede: unas diez semanas antes de que tenga lugar el parto, los futuros padres emprenden juntos el camino de la *psicoprofilaxis* que hará indoloro el parto para la mujer y dará al hombre desde los primeros momentos el sentido de la paternidad.

El profesor Romano Forleo, jefe del departamento de obstetricia del hospital de la Isla Tiberina dice: Hemos comenzado los cursos regulares de parto, y la afluencia de pacientes ha sido en seguida elevada. Cada martes a las 14, las parejas en espera de un hijo oyen las lecciones impartidas por el equipo de psicólogos, ginecólogos y pediatras. De propósito hemos querido implicar a los futuros padres, además de las madres, para informarles sobre la vida y el crecimiento humano de la persona concebida, que nosotros sabemos es capaz de percibir desde los primeros momentos de su existencia si es amada o no. Además, en el hospital el padre es invitado a asistir al parto, que puede tener lugar tanto en la cama normal

como en un sillón, o sea en posición más natural que la supina, y que libera a la mujer de la impresión de hallarse sobre una mesa operatoria. Implicando psicológicamente también al *partner* y llamándole a una paternidad más participada, la mujer afirma una nueva manera de ser pareja, en una dimensión más humana.

Es obvio que esta nueva manera de vivir la maternidad encausa a la entera estructura social, empezando por aquellos que por tradición, preparación y función social son indicados para asistir el embarazo y parto, es decir, comadrona y ginecólogo; pero junto a ellos otros operadores sociales, para superar la histórica escisión entre los aspectos biológicos y los de comportamiento en la asistencia a las parturientas; el profesor Forleo añade: «Nosotros la llamamos asistencia psicosomática; pero detrás de esta denominación existe un intento de humanizar que no se reduce a unos pocos ejercicios de training autógeno o poniendo al niño sobre el vientre de la madre. Hace falta una cauta presencia de calor humano y de respeto para la persona».

Las experiencias piloto de la Isla Tiberina han producido un notable incremento de usuarios: «Los partos, por ejemplo —comenta el profesor Forleo— son ahora aquí más de 2000 al año, contra alrededor de un millar en 1975. Un aumento del cien por cien, mientras que en los demás hospitales se ha comprobado una drástica reducción con puntas que alcanzan el 50 por ciento; muchas clínicas privadas se han visto obligadas a cerrar sus puertas.»

Hay que decir que tales resultados se deben también al hecho de que en el hospital de la Isla Tiberina, gracias también a sus reducidas dimensiones y a una mayor libertad consentida a una administración que no depende directamente de las USL, no hay que superar grandes obstáculos. «Además —añade Forleo—, que no depende como la nuestra, más orientada al servicio —por vocación específica de los religiosos de san Juan de Dios, a los cuales pertenece el hospital— que a la competencia o al provecho, nos permite reducir al máximo el internamiento —actualmente es el más bajo de Roma—. La rápida vuelta a casa de la puerpera favorece en efecto, a nuestro modo de ver, una más precoz inserción en la familia del recién nacido. También nos estamos preparando para ofrecer a las puerperas del territorio que han parido en nuestro hospital, una asistencia gratuita por cinco días después de la dimisión, para facilitar así la vuelta a casa».

En resumen, se trabaja por un nacimiento más humano. «El hospital de los hermanos de san Juan de Dios —sigue diciendo el profesor Forleo— es regido desde hace unos 400 años por la misma administración; parecería ser la estructura menos abierta y más reacia a los cambios, sin embargo se está haciendo mucho en tal sentido siguiendo las directivas de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, que caminando con los tiempos se ha fijado el slogan *Renovarse para humanizar*.

El libro escrito por el Prior General de los Hermanos de San Juan de Dios, padre Pedro Luis Marchesi sobre este tema se ha vendido en pocas semanas, debiendo ser reeditado por la gran demanda. Esto demuestra que lo que nosotros proponemos no es utópico y no es exclusivo de los centros supermodernos».

JULIO D'ALBA

5. La Pastoral Sanitaria debe ser programada en los centros de salud con técnicas nuevas, aplicando a la programación pastoral todo lo que las ciencias humanas aportan a la programación y coordinación en el campo empresarial.

6. Constatamos la necesidad de preparar agentes de Pastoral Sanitaria mediante las disciplinas psicológicas, sociológicas, teológicas y éticas, y lo mismo en el conocimiento de la organización y problemas de la salud, de forma que respondan a una nueva presencia de Iglesia: más renovada, más actual y más comprometida.

7. Se hace urgente también la concienciación de los creyentes para formar una comunidad misionera en los centros de salud donde tengan cabida no sólo los sacerdotes y religiosos(as), sino también los laicos.

8. Con frecuencia, la Pastoral Sanitaria está pensada por los sanos y llevada a cabo por ellos. Es necesario que integremos como agentes activos de dicha pastoral también a los enfermos y minusválidos.

9. Creemos urgente la sensibilización de nuestras comunidades en el tema de Pastoral Sanitaria de forma que, en la práctica, haya religiosos que colaboren activamente en el Servicio Religioso, prestando parte de su tiempo libre. Igualmente instamos al gobierno de nuestras provincias a que descubran, preparen y dediquen algún religioso a la Pastoral Sanitaria a tiempo pleno.

10. Como continuación de esta renovación pastoral en la que estamos integrados, proponemos que el próximo encuentro a nivel de las provincias españolas y portuguesa se realice en Granada y que el contenido del mismo se centre en los aspectos apostólicos de la figura de san Juan de Dios, la historia y perspectiva pastoral de nuestra Orden.

MADRID

IV JORNADAS NACIONALES PARA DELEGADAS DIOCESANAS DE PASTORAL SANITARIA

Una vez más *Los Almendros* son testigos de la marcha de la FERS. ¿Será que, simbólicamente, la Federación está llamada a ser como el blanco almendro que brota insólitamente cuando todos los demás árboles permanecen desnudos por los fríos del invierno? Alguien piensa que sí. Y ¡ojalá! cuantos miembros componemos la Federación tomáramos conciencia de esta nuestra misión de *anunciadores* de que pasamos del invierno a la primavera. O lo que es lo mismo, *anunciadores* de la Buena Noticia.

Se celebraron estas Jornadas con la participación de 38 religiosas, casi todas Delegadas Diocesanas de otras tantas Diócesis de España. El *objetivo* general de las mismas era «lograr una mayor clarificación de la figura de la Delegada Diocesana, potenciando su cometido».

Como *objetivos intermedios* se propusieron:

- Toma de conciencia de sí misma.
- Conciencia de su misión
- Conciencia de su *eclesialidad*.

Como religiosa sanitaria, como animadora de Diócesis. Y los *medios* empleados fueron:

- Conocimiento del marco real de la vida religiosa sanitaria y nuestro lugar en ella.
- Conocer los *retos* y *dinamismos* que hoy ofrece el Mundo de la Salud a la religiosa sanitaria.
- Explorar los propios *dinamismos* para dar respuesta adecuada a los *retos*.
- Conocer estructuras y cauces *para la vida*.

— Compartir realidades *vividas*.

— Celebrarlo todo en fraternidad y Eucaristía.

Se utilizó una metodología variada, participativa y ágil.

— Ponencias, en número de cuatro.

— Una mesa redonda.

— Un panel de experiencias.

— Varias informaciones de gran interés.

— Trabajos de participantes.

Todas las aportaciones, tanto de animadores como de participantes, conducían progresivamente al objetivo marcado.

Es así como se pudo obtener un perfil claro de la Delegada Diocesana de FERS, calcado sobre una religiosa-sanitaria *dedicada, responsable, comprometida e íntegra*, a través de cuyos cuatro canales discurre la ternura y misericordia de Dios hacia los enfermos, los ancianos, los necesitados de cualquier *salud*...

La Delegada Diocesana de FERS, consciente de su papel en la Iglesia Local:

— Aúna los esfuerzos de las religiosas sanitarias de la Diócesis.

— Anima la tarea evangelizadora del Mundo de la Salud.

— Canaliza las posibilidades existentes.

— Facilita los medios adecuados.

— Programa según las necesidades de las religiosas sanitarias de la Diócesis.

— Estudia las realidades diocesanas para *estar al día* y ser fiel al Espíritu...

Todo ello en estrecha colaboración con la Confer diocesana, Delegado de Pastoral Sanitaria y otros agentes de evangelización, a fin de que *la unión haga la fuerza*. Da a conocer cuanto hace a las instancias superiores, a través de los cauces existentes.

Una de las notas características de este encuentro fue el *alto nivel de interés* que existía en las participantes. Sin lugar a duda, esto era el exponente claro de la responsabilidad a que está llamada la Delegada Diocesana. Responsabilidad emanada o delegada de la *alta responsabilidad* que incumbe hoy a este *colectivo* de religiosas sanitarias que forma la Federación.

La vida religiosa sanitaria hoy, o se define claramente como defensora (*voz de los sin voz*) de los derechos del hombre, enfermo o anciano, o acaso no tenga razón de ser en el Mundo de la Salud.

Desde ahí, como ya se ha dicho en otras ocasiones, la religiosa sanitaria «estorbará cada vez más, a causa de su autenticidad».

Pero todo esto no se logra sin esfuerzo, sin unión. Por ello las Delegadas Diocesanas reunidas han visto la necesidad de su propia formación, de su responsabilidad en este campo, y de su ser, junto a *otras fuerzas*, sensibilizadoras de sus *con-diocesanas*.

Han constatado la importancia de luchar contra los desalientos y los protagonismos; poner en común medios, ideas y personas, asumir el riesgo de la falta de respuesta... Caminar al margen de malpagadores cansancios y derrotismos.

Y así, entre otras *conclusiones*, destacamos las más importantes, que serán como otros tantos medios para conseguir lo que se propone.

1. Tomar contactos *cercanos* y frecuentes con las comunidades de religiosas sanitarias de la diócesis.

2. Estudiar la realidades concretas de cada diócesis, para responder mejor a sus necesidades. (Esto conduciría a un mejor conocimiento conjunto de toda la realidad española de la vida religiosa sanitaria).

3. Estudiar en profundidad el Documento Base emanado de la última Asamblea General de la FERS y hacerlo objeto de estudio en las comunidades de las religiosas sanitarias de la diócesis.

4. Programar, de acuerdo con las necesidades de las religiosas sanitarias de la diócesis, un sistema de formación permanente, integral e integrador, que lleve a la religiosa sanitaria a una mayor *dedicación, responsabilidad, compromiso e integridad*, como cauces para una más adecuada evangelización del Mundo de la Salud.

5. Para todo lo anterior, las Delegadas Diocesanas vieron la necesidad:

— De un mayor apoyo por parte de la Superiora Mayor que debe conocer y asumir el nombramiento de la hermana, como Delegada Diocesana, respetarlo durante un tiempo prudente y animarlo.

— De un mayor apoyo de las Superiores Mayores que tengan hermanas en la diócesis, que, conocedoras de la programación diocesana, la secundan y enriquecen, conjuntándola con la programación congregacional.

— De contactar y aunar esfuerzos con las Delegadas de Sanidad de las Congregaciones.

— De estar en estrecha colaboración con el Delegado de Pastoral Sanitaria para que se camine en sintonía y no en dispersión.

— De estar más atentas a las orientaciones de la FERS Nacional, y también proporcionarle a ésta información.

— De tener encuentros fuertes para orar juntas y lograr del Señor la necesaria ayuda.

6. Potenciar los cauces regionales, como otro medio de hacer la unión y la fuerza.

7. Potenciar la relación de cercanía a otros grupos con los mismos fines, tanto de seglares como de sacerdotes, etc., y con otras instancias de la vida religiosa (Confer).

8. Conocer y utilizar todos los *medios* existentes en la diócesis para que la acción evangelizadora de la Iglesia Local en el Mundo de la Salud, sea una realidad alcanzable y evaluable. Habría que interesar en ello a la vida religiosa contemplativa, también responsable, y cuya ayuda espiritual es tan necesaria.

Se señala con ilusión, esperándolo ya, el próximo encuentro nacional, que será D. m. en el mes de mayo de 1983, del 27 al 30.

El Secretariado Nacional, por su parte, se compromete a poner a disposición de las Delegadas Diocesanas todos los medios posibles de formación, información y participación. Así como intensificará los contactos locales, ya comenzados este año, a fin de mantener la llama, que no sólo humea, sino que arde a causa del interés despertado en estas jornadas.

El Señor lleva el timón. La Estrella de los mares ilumine la ruta de nuestras inquietudes, para que lleguemos a buen puerto.

INDICE GENERAL / 82

LH OPINA

Necesidad de la humanización de la asistencia al paciente, 9
La identidad en la asistencia, 65
Necesidad de identificación ante el paciente y sus familiares, 203

ORGANIZACION DE HOSPITALES

Derecho al vientre, 10
Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol, 14
Hagamos más válidos a los minusválidos, 21
Santa Teresa precursora en medicina, 22
El cristianismo y la asistencia al enfermo, 66
Psicoprofilaxis de la intervención quirúrgica en el hospital San Juan de Dios, 76
El dolor hace que las palabras sean inútiles, 83
El rol del enfermero psiquiátrico, 84
Humanizar en el hospital, tarea de todos, 204
Psicoprofilaxis para el parto, 210
Derecho del hombre a la salud, 215

PASTORAL SANITARIA

Misión evangelizadora de la Iglesia en el campo sanitario, 29
La Pastoral Sanitaria, responsabilidad de todo el pueblo de Dios, 33
El pueblo de Dios y su misión ante el enfermo, 38
Purificar el lenguaje sobre el sufrimiento de los hombres, 89
Pastoral con nuestros enfermos en las actividades diarias, 95
Orientaciones sobre Pastoral de Enfermos y Sacramento de la Unción, 97

Número monográfico sobre Pastoral Sanitaria, 124-194
Elementos para una Pastoral de la Salud, 217
Palabras del Papa a los enfermos y a los ancianos, 225

NOTICIARIO

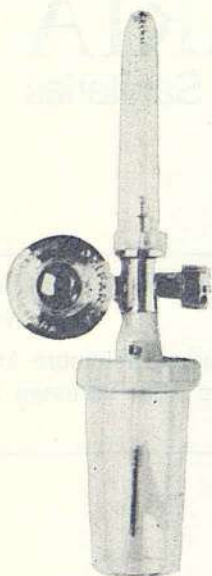
Hospitales, 43, 99, 228
Pastoral, 44, 102, 232
Revista de revistas, 46
Bibliografía, 47

FOTOGRAFADOS

Profesores Gracia Guillén, Laín Entralgo, María Dolores Aldaba, General de las Hermanas Hospitalarias, 67
Dibujos niños San Juan de Dios, 77, 78, 80
Gabino Gorostieta, provincial. Ramón Masnou, obispo de Vich, 99
José M.º Saló Orfila, 99
Hospital San Juan de Dios, Manresa, 100
Moisés Val, superior Manresa, 101
Presidencia Curso Pastoral, 126
Aspecto parcial de la aula, 130
Concelebración de Monseñor Pont y Gol, arzobispo de Tarragona, 186
Exposición del libro infantil, 229
Los niños enfermos de San Juan de Dios con el Papa en Zaragoza, 225, 226, 227
Reunión de Pastoral Sanitaria en Pego, 232
I Premio Ibero-Americano de epilepsia 1983, 232

MEDIDORES DE CAUDAL

aplicación y medición de caudales de oxígeno



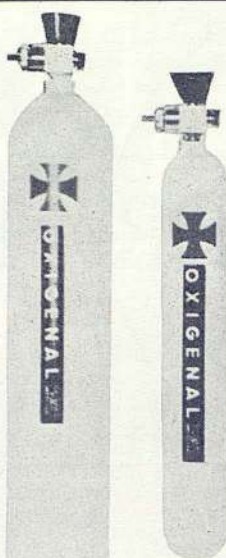
Caudalímetro Oxifar para acoplamiento a canalización de oxígeno.

CARACTERISTICAS GENERALES

- Reductor fijo de presión estable.
- Grifo micrométrico para regulación del flujo.
- Vaso humectador.
- El rotámetro puede ser suministrado en cualquiera de las tres escalas de lectura siguientes:
 - escala P de 0,1 l/min. a 3,5 l/min.
 - escala A de 2 a 16 l/min.
 - escala PA doble de 0,1 a 3,5 y 2 a 16 l/min.
- La exactitud de la lectura no queda interferida por la acción de instrumentos o aparatos acoplados a la salida.
- Los caudalímetros se pueden suministrar con el conector adecuado a cada tipo de canalización.

OXIGENAL

la pequeña botella que salva una vida



Tipo BB 200 NI

DE UTILIDAD EN:

Farmacias, Ambulancias, Botiquines, Clínicas, Hospitales, Sanidad en Campaña, Playas, Deportes, Minas, Espectáculos, Protección Civil.

CARACTERISTICAS DE LOS APARATOS SERIE OXIGENAL

| Capacidad NI | Peso Kgs. | h. mm. | Ø mm. |
|--------------|-----------|--------|-------|
| 100 | 2,3 | 436 | 60 |
| 150 | 3,5 | 463 | 76 |
| 200 | 4,2 | 559 | 76 |
| 350 | 7,0 | 520 | 102 |
| 500 | 9,0 | 660 | 102 |
| 750 | 11,0 | 760 | 120 |
| 1000 | 15 | 950 | 114 |

Tipo BB 1000 NI

LOXIFAR



respirador activo bifásico

CAMPO DE APLICACION: Respiración controlada en caso de apnea. Respiración asistida en caso de insuficiencia respiratoria. Respiración activa, ya que el respirador opera en fase positiva y negativa. **DATOS TECNICOS:** Presión entrada: 2 kg/cm². Presión oral posit.: hasta + 40 cm columna de agua. Presión oral neg. hasta - 6,6 cm columna de agua. Concentr. O₂: alrededor de 40 %. Frecuenc. respirat.: 12-30 min (depen. del paciente). Relac. respiratoria, Tin-Tex: 1:2.

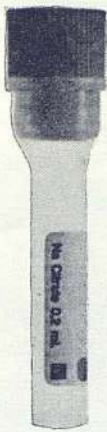
El funcionamiento de LoxiFar es completamente automático. Es importantísimo el perfecto ajuste de la unión máscara bucal-paciente. La presión de entrada se ajustará según necesidades y comodidad del paciente.



OXIFAR

SUCURSAL: BARCELONA (26) c.- Enamorados, 136 - Teléfono 225 82 60.

SUCURSALES: MADRID (4) Amador de los Ríos, 1. Tel. 419 28 00; ZARAGOZA (5) Baltasar Gracián, 7. Tel. 25 72 53; TALAVERA DE LA REINA (Toledo) Sombrerería, 9. Tel. 80 60 88; CIUDAD REAL Rda. de los Arcos, 24 bajos. Tel. 21.26.44; SEGOVIA La Plata, 4-L. Tel. 42.72.61; VALLADOLID Santuario, 23. Tel. 29 44 77.; LEON P^o. Condesa Sagasta, 20-22.



22039

El sistema Sediplast, es un nuevo método, totalmente desechable, para determinar la velocidad de sedimentación globular. Es un sistema semimicro, práctico, simple y seguro.

El "kit" comprende:

- Una pipeta graduada, en material plástico especial.
- Un tubo de 1 ml. en polietileno, con 0,2 ml. de anticoagulante citrato trisódico, para 0,8 ml. de sangre. Tapón y etiqueta de identificación, rosas.

labclinics

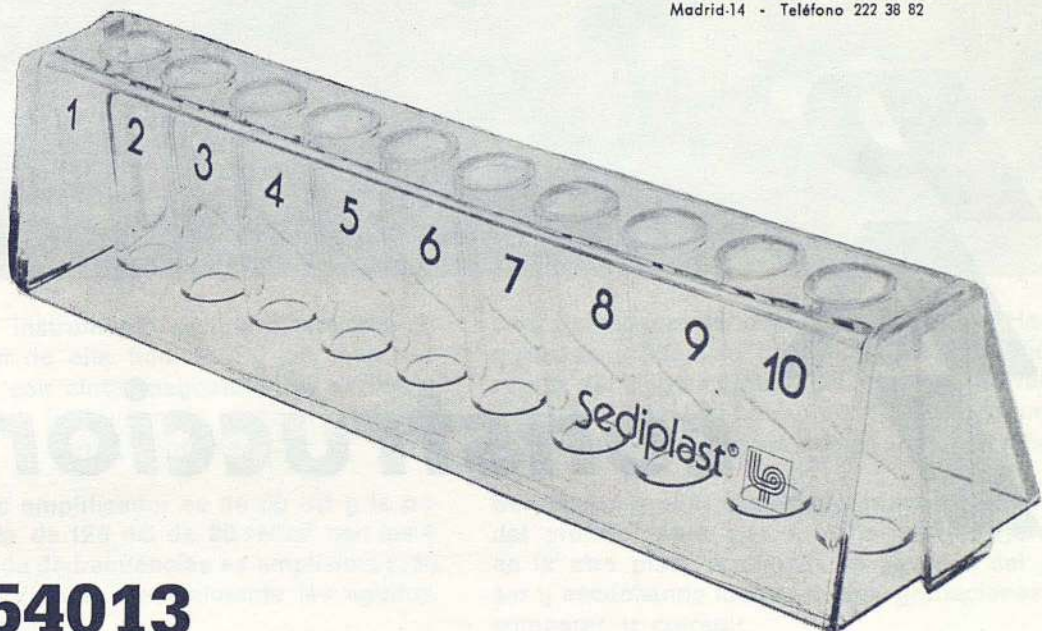
División Mediclinics. S. A.

Central: San Quintín, 134-136

Barcelona 26 - Teléfono 235 36 01

Delegación Centro: Plaza de la Lealtad, 2, 5.º

Madrid-14 - Teléfono 222 38 82



54013

Gradilla-Base, para el sistema Sediplast, numerada del 1 al 10.

Posibilidad de unir varias bases o gradillas gracias a un sistema especial de fijación.



telstar ^{SA}

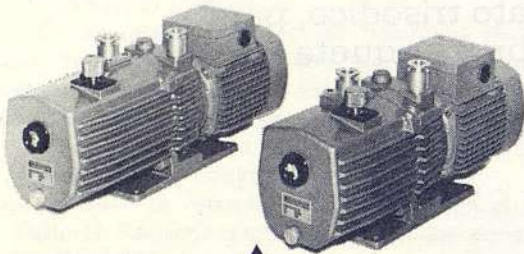
Fabricantes de: Bombas de vacío para Laboratorio e Industria. Componentes y accesorios para vacío; Equipos de Liofilización para Investigación y Laboratorios. Equipos de secado al vacío. Cabinas, Módulos y Salas estériles por flujo laminar. Autoclaves de esterilización por óxido de etileno.

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

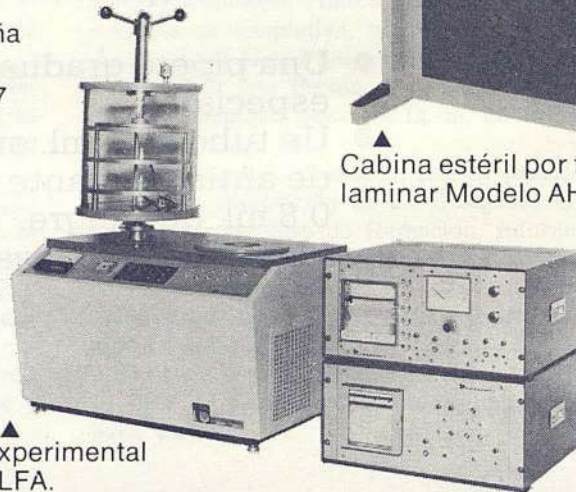
Delegación Centro: Amado Nervo, 15 - Madrid-7
Telf. 433 72 96.



▲
Cabina estéril por flujo laminar Modelo AH-10



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



▲
Liofilizador experimental Modelo LIOALFA.

NAVALLES



construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

PHONIC MIRROR[®] HC 500

PARA EDUCACION DE LA ARTICULACION, LA VOZ, EL RITMO Y EL LENGUAJE.



Se trata de un instrumento portátil compuesto de un amplificador de alta fidelidad y un magnetófono acoplado con cinta magnetofónica en bucle cerrado. Ambos instrumentos trabajan independientemente o de forma coordinada.

La ganancia del amplificador es de 60 dB y la potencia de salida de 128 dB de $20 \mu\text{N}/\text{m}^2$ con los 4 cascos. La banda de frecuencias es amplísima (250 a 9.000 Hz) resaltando especialmente los agudos. Hay dos micrófonos.

Es posible grabar para reproducir una sola vez y borrar automáticamente (RECORD) o bien reproducir

indefinidamente lo grabado (REPEAT). Hay dos pistas de grabación. El período de repetición depende del tipo de cinta y las hay con intervalos de 3 seg. a 15 minutos. La reproducción es automáticamente 6 dB más intensa que el nivel de grabación.

Se pueden grabar clases programadas en la pista del profesor para que el niño realice ejercicios en la otra pista, repitiendo lo que oye del profesor y escuchando luego las dos grabaciones para comparar y corregir.

Control de volumen y de balance para cada alumno. Posibilidad de salida a los cascos o al altavoz.

INSTITUTO AUDITIVO ESPAÑOL, S.A.

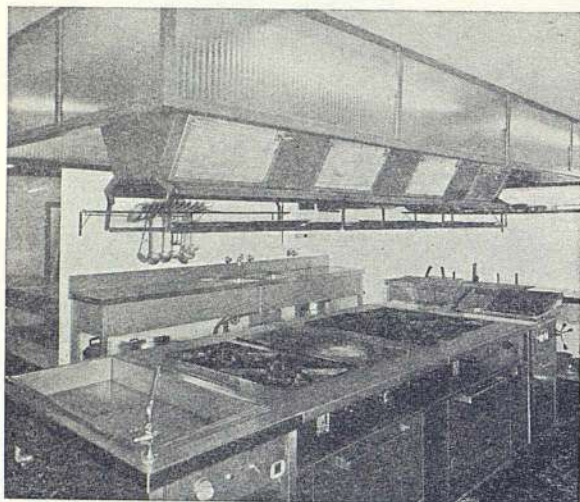
BARCELONA-10 - Pau Claris, 98 - ☎ 317 35 28 - 317 35 70 - 317 37 08
MADRID-14 - Zorrilla, 19 - ☎ 221 78 79 - 221 79 87

HOSTELERIA

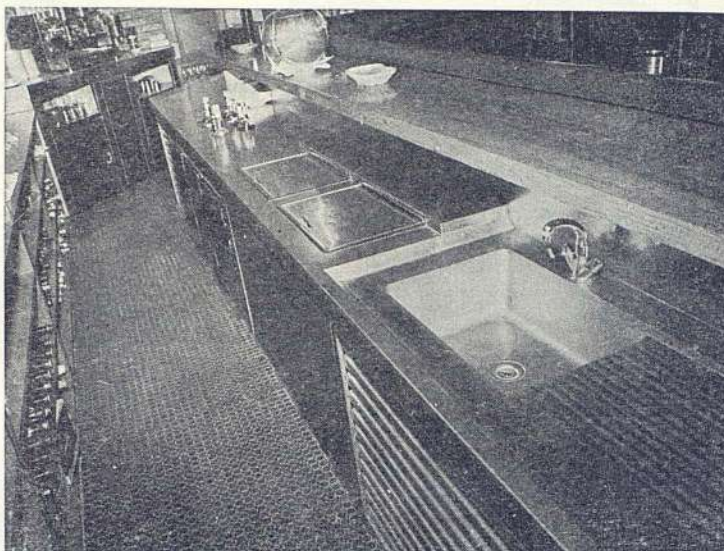
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas



Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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

papel continuo.

Modelos en papel continuo de entrega inmediata.

- 10 medidas de papel pautado standard.
- Amplia gama de modelos standardizados para la Seguridad Social.
- Formularios snap-out.

Departamento técnico y estudio de diseño para formularios en papel continuo y snap-out.



San Francisco 10, Tel. (93)* 6911051
Cerdanyola-Barcelona

“Nuestras cuentas no son nada corrientes.”

Javier Peñró
Gestor de Banca Mas Sardá.



No es corriente que un banco suministre el detalle diario de los movimientos de sus cuentas corrientes, informe sobre temas socio-económicos a través de múltiples publicaciones, ofrezca nuevos servicios sobre ahorro o crédito, pueda aconsejarle sobre inversiones en arte o numismática

y disponga de servicios muy especializados en Bolsa y financiación internacional.

Nuestros servicios no son corrientes, pero es que nuestras cuentas tampoco son, para nosotros, nada corrientes.



BANCA MAS SARDA

Fundada en 1944

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

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

J. JUAN SELLAS

S. A.

ANTIGUA CASA CABRÉ

FUNDADA EN 1897

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



ALQUILER Y VENTA

- * SISTEMAS COMPLETOS
- * MONITORES, CAMARAS
- * MAGNETOSCOPIOS
- * GRABACION PROGRAMAS
EN ESTUDIO Y UNIDADES
MOVILES

Omina ELECTRONICA

VIA AUGUSTA, 99
Tel. 228 47 45

Barcelona - 6
Telex 52216 - OMEL

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

NUEVO DOMICILIO

FONCUBERTA QUIRURGICA S. A.

Diagonal, 465, bajos
Barcelona 36
Tels. 321 77 04 - 321 73 12 - 321 73 58



Instrumental Sueco

Migrap
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

DIMENSION APÓSTOLICA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS



SECRETARIADO INTERNACIONAL
DE PASTORAL SANITARIA
CURIA GENERALICIA

DIMENSION APOSTOLICA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

(Secretariado
Internacional
de Pastoral
Sanitaria)

Un libro para una reflexión al interno de la Orden Hospitalaria; para profundizar en las grandes líneas de su misión específica: el santo fundador —Juan de Dios—, su hito histórico con una gran carga apostólica encima y, finalmente, un *hoy* lleno de esperanza, una llamada a traducir el ayer en un presente comprometido y profético. *Para dentro de la Institución, hemos dicho*; y también para fuera, para sus inmediatos colaboradores.

Pedidos a: LABOR HOSPITALARIA
Carretera Esplugas s/n - Barcelona-34