

ORGANIZACION  
Y PASTORAL DE  
HOSPITALES

LA  
LABOR  
HOS  
PITALA  
RIA

# LABOR HOSPITALARIA

## Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios  
Barcelona

Año 26. Segunda época. Octubre-Noviembre-Diciembre 1973  
Número 150 Volumen V

### Director

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMÍREZ, O. H.

### Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n  
BARCELONA 17

### Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

### Administración, Publicidad

y Oficina de información hospitalaria

### Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

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

ACTITUD FRENTE A LOS ENFERMOS MENTALES CARTA DEL CARDENAL JEAN VILLOT	152
SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA Por el doctor GILLERMO CALDERÓN	156
ERRADIACIÓN DE LA LEPRO EN SIERRA LEONA Por ROCCO SERRA, S. X.	162
PABLO VI HABLA DE LOS ENFERMOS DE LA LEPRO	167
¿CUÁL DEBE SER EN ESTE MOMENTO HISTÓRICO LA POSICIÓN DE LOS RESPONSABLES DE HOSPITAL? Por JOSÉ FIGUEROLA	168
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Por JUAN LUIS ALABERN	170
EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL EN EL HOSPITAL Por ALFONSO MENDIOROZ, O. H.	171
EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS Por el padre PAULINO ALONSO, C. P.	173
POSTULADOS ONTOLÓGICOS EN LA DINÁMICA ASISTENCIAL HOSPITALARIA Por MANUEL MARCO, O. H.	178
SEMANA DE REFLEXIÓN SOBRE EL ENFERMO Por JOSÉ L. REDRADO	182
X CONGRESO MUNDIAL DE LAS ENFERMERAS CATÓLICAS Por Sor ISABEL BELLO	186
TERCER CONGRESO INTERNACIONAL DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA	187
ÍNDICE GENERAL/73	188

---

Por un hospital más humano

---

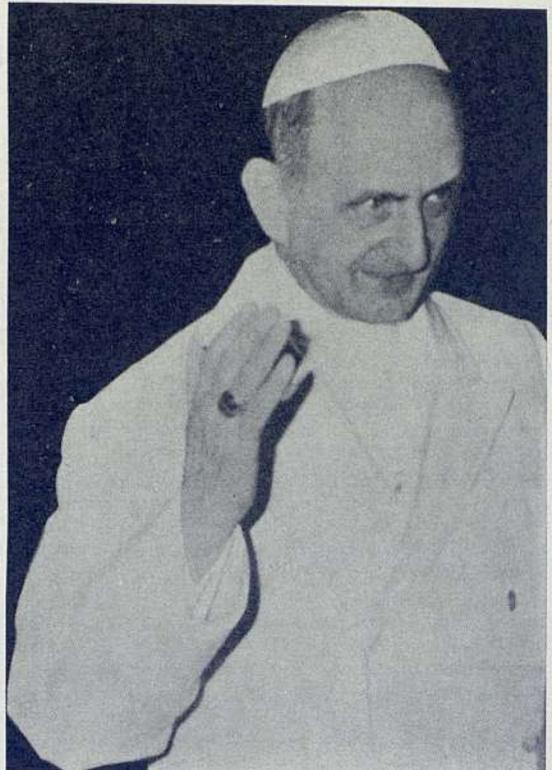
## ACTITUD ACTUAL FRENTE A LOS ENFERMOS MENTALES

*Pablo VI viene demostrando, a lo largo de su pontificado, un interés siempre creciente, por el mundo de los enfermos.*

*Muchas de sus alocuciones —dirigidas a diversos sectores de especialistas y técnicos que laboran en el campo de la medicina— son conocidas de nuestros lectores, por haber quedado registradas en Labor Hospitalaria.*

*Como un ejemplo más, traemos a las páginas del número que tienes a la vista, otros dos documentos: uno sobre los enfermos mentales y otro sobre los enfermos de la lepra, emanados de su lúcida mente y de su corazón de padre, que iluminan cuanto se dice sobre estos dos problemas acuciantes que gravitan sobre el hombre del siglo veinte.*

*Que las ponderadas palabras de aliento de Pablo VI —que como Pablo de Tarso, sufre con el que padece y se regocija con el que se alegra— iluminen y fortalezcan también, cada momento presente de nuestras actitudes hospitalarias y nos estimulen a desenvolvemos entre nuestros hermanos los enfermos, con una auténtica vida de entrega y de servicio comprometido.*



## EL HOMBRE DEBE MANIFESTAR AL ENFERMO PSIQUICO ESTIMA, AMOR Y CONFIANZA

---

Ha tenido lugar en Estrasburgo (Francia), del 21 al 24 de agosto, un Congreso Internacional de capellanes, médicos y enfermeros de hospitales psiquiátricos, con el fin de estudiar los problemas existentes en los enfermos mentales y su necesidad de asistencia. Se ha creído necesario crear una pastoral propia para ellos que les sirva para alentar y reforzar su fe. Pablo VI, al tener noticia de este Congreso, ha mandado a mons. Elchinger, obispo de Estrasburgo, la siguiente Carta, firmada por el Secretario Papal, cardenal Jean Villot, en la que subraya la delicadeza y dificultades de los temas tratados.

---

CARTA DEL  
CARDENAL VILLOT

Monseñor:

El Santo Padre ha recibido con particular interés la noticia de la celebración en Estrasburgo de un nuevo Congreso Internacional de capellanes, médicos y enfermeros de los hospitales psiquiátricos. Y me ha confiado el encargo de convertirme ante ellos en intérprete de los sentimientos y de los deseos que suscita en él aquella iniciativa. Por esta razón me dirijo a usted, estimado monseñor, con el fin de comunicar a los responsables y a los participantes del Congreso el contenido de este mensaje.

*SUSCITAR EN SU FAVOR  
LA ESTIMA, EL AMOR  
Y LA CONFIANZA A LA  
QUE TIENEN DERECHO*

Constituye, ante todo, un motivo de satisfacción para Su Santidad el hecho de ver que especialistas de teología, de medicina siquiátrica, de psicología y de pastoral estudian durante varios días los difíciles problemas de la vida religiosa de los enfermos mentales. ¿No equivale ya a reconocer el lugar que les corresponde en la comunidad humana y en la Iglesia a estas personas en situación difícil? Es de capital importancia llamar la atención de nuestros contemporáneos hacia este mundo tan mal conocido y con frecuencia abandonado a su suerte. Es urgente suscitar en favor suyo la estima y el amor, y hasta diremos que la confianza, a la que tiene derecho.

En medio de una sociedad que grita su sed de bienestar y que se engríe de progreso, la muchedumbre de los enfermos mentales parecen constituir un desafío flagrante. Forman como una corriente que va aumentando de día en día sobre todo en nuestros países occidentales, ya sea porque aquí se les identifica con mayor facilidad y se les aísla, ya sea porque las condiciones de vida moderna, en particular el desarraigo, multiplican las sicosis. En cualquier hipótesis, ellos resultan los más afligidos: no sólo sufren en su sistema nervioso, en su espíritu o en su voluntad, unas limitaciones que ellos mismos se sienten incapacitados para superar, con lo que su misma moral resulta con frecuencia profundamente afectada; sino que, sobre todo, al no encontrar ya su propio lugar normal en la sociedad, resultan más o menos rechazados por ésta. Sus mismas familias sienten con frecuencia esta prueba como una profunda humillación. Los hospitales siquiátricos los acogen en unas condiciones frecuentemente meritorias, pero difíciles, y algunas veces hasta desbordados ante el número de pacientes, la amplitud de los cuidados especializados y la atención personal que éstos exigirían; su misma atmósfera puede contribuir a acentuar aún más la marginación social.

Por su parte, la sociedad duda en demostrar confianza a los enfermos curados o mejorados, y así no se facilita su reinserción en la familia, en la vecindad, en una cierta vida profesional. Sin duda alguna, todo ello produce una profunda desazón, que sólo conocen realmente aquellos que tienen un pariente, un amigo o una persona querida, marcado por esta enfermedad mental, o aquellos que han escogido trabajar en su servicio. Al mismo tiempo que procura hacerse una idea exacta de la complejidad de los problemas que hay que resolver, el Santo Padre querría, en primer lugar, asegurar a unos y otros que percibe lo dramático de una tal situación. Querría también ayudarles a superar este desafío por medio de un espíritu de generosidad humana y de esperanza cristiana.

*LOS ENFERMOS MENTALES  
SON TAMBIÉN  
HIJOS DE DIOS*

En primer lugar, es necesario tener la valentía de hacerse cargo de la situación: el rechazo que amarga de forma especial a los anormales síquicos y por el que se acusa fácilmente a la sociedad en general, se esboza ya en cada uno de nosotros; todos tenemos la tendencia instintiva de convertir al enfermo mental en un ser completamente aparte, como si la carencia que lo afecta marcara totalmente y para siempre su personalidad, sus facultades, sus posibilidades, como si la enfermedad le impidiera ser un hombre y por consiguiente un hermano en Jesucristo. Por el contrario, hay que repetir muy alto: los enfermos mentales son sencillamente enfermos cuya desgracia apela a nuestra solidaridad al igual que la de los demás miembros sufrientes de

la humanidad; su dignidad humana es posible que esté herida en un punto, pero sigue siendo absolutamente inviolable en lo más profundo de su ser. Como hombres, tienen derecho a encontrar en la sociedad unas condiciones de vida, unos cuidados sanitarios, unas condiciones de instrucción y de trabajo, que correspondan a sus necesidades y a su capacidad. Como «pobres» —lo son realmente, hasta el punto de que algunas veces parecen como desposeídos de sí mismos— forman parte de aquellos a quienes Jesús encargó se anunciara en prioridad la Buena Nueva del reino (cf. Lc 7, 22), con la esperanza de una liberación total de su servidumbre. También ellos son hijos de Dios, amados por Él. También ellos han sido rescatados por la sangre preciosa de Cristo y están destinados a participar en la herencia de su gloria. También ellos están vivificados por la gracia de Dios, también en ellos mora el Espíritu Santo durante la prueba por la que están pasando. También ellos poseen su propio lugar, al igual que nosotros, en la comunidad cristiana: a ellos se dirige la invitación de Cristo, que es la única realidad que proyecta luz en el misterio de su inocencia humillada; en la comunidad cristiana ellos, lo mismo que nosotros, pueden también celebrar el amor de Dios por medio de la alabanza, y manifestar a las personas que los rodean las cualidades de corazón u otras cualidades que puedan poseer. ¿No consiste precisamente en haber sabido captar este planteamiento el mérito de un grupo como «Siquiatría y vida cristiana»?

Es verdad que el sentimiento religioso y moral puede revestir en los sicóticos manifestaciones desviadas, que los especialistas en psicología y en teología deberán diagnosticar con esmero; médicos, enfermeros y capellanes deben sentirse invitados a enfrentarse con el problema atenta y firmemente. Sin duda alguna, el Congreso de Estrasburgo les ayudará a realizar este delicado discernimiento, y les permitirá explorar con realismo y esperanza todas las posibilidades de vida religiosa del enfermo mental. Tendrán en cuenta que si Cristo «se desposó» con la humanidad tal como ella es, no lo hizo para condenarla, sino para curarla y salvarla. ¡Ojalá mantengan siempre viva la convicción de que Dios sigue siempre estando presente en el corazón del hombre!

*CRISTO SE DESPOSÓ  
CON LA HUMANIDAD  
PARA CURARLA Y SALVARLA*

Al recordar de esta forma los derechos sagrados de toda persona humana así como la perspectiva de fe que, en los mismos límites de la miseria síquica, permite aún reconocer la dignidad de un hermano en Cristo, Su Santidad felicita a todos cuantos aceptan tomar sobre sus hombros la triste situación material, moral y espiritual de aquellos enfermos, con todos los recursos de su amor y de su competencia: a los sacerdotes que ejercen su apostolado de capellanes de enfermos en los hospitales siquiátricos; a los equipos de médicos y de enfermeros que consagran a esta tarea todo su saber, su tiempo y sus fuerzas; a las familias que continúan rodeando con su fiel afecto a su pariente o a su amigo; a las instituciones y a las personas que trabajan en la rehabilitación o en la inserción de los enfermos; a todos cuantos en fin, contribuyen a suscitar en la opinión pública el interés y el aprecio por esta clase de enfermos. ¡Ojalá que nos fuera dado contemplar siempre a los cristianos ocupando la primera línea entre quienes se dedican a estos servicios!

## SUPERAR EL EGOÍSMO Y EL MIEDO

Al mismo tiempo que alienta estos meritorios esfuerzos, que honran tanto a la Iglesia como a la sociedad, el Santo Padre tiene interés en subrayar, por las mismas razones, todo lo que sería conveniente desarrollar o quizá rectificar a fin de ofrecer a los enfermos mentales el socorro y el lugar al que ellos tienen derecho. ¿No es cierto que hay que desear una ayuda todavía más efectiva de parte de la sociedad a fin de asegurar todo el equipo necesario a las casas de salud, sobre todo por lo que respecta al personal cualificado, de acuerdo con lo que las necesidades exigen? ¿No es necesario que aumente la solicitud de parientes y amigos para con sus enfermos? ¿No es necesaria una más estrecha colaboración de médicos y familias para capacitar a éstas de modo que puedan colaborar en la curación o en la convalecencia de los suyos? ¿No es imprescindible que la opinión pública mire de forma más respetuosa y más positiva la penosa realidad de los hospitales psiquiátricos y de los enfermos síquicos? ¿No habría que suscitar un esfuerzo más auténtico para acoger fraternalmente a estos enfermos en las comunidades humanas y cristianas? Hay que llegar a la conciencia de cada hombre y pedirle que supere el egoísmo o el miedo que, con excesiva frecuencia, llevan a rechazar a estos hermanos, cuando ellos, al igual que nosotros, tienen una vocación de hombres y de cristianos.

A los congresistas de Estrasburgo y a todos sus colegas que, llevados por el espíritu de fe, se dedican a este servicio eminentemente humano, el Santo Padre les envía de todo corazón la bendición apostólica, que hace extensiva, con inmenso afecto, a todos sus enfermos, con el íntimo deseo de que se convierta en prenda de esperanza.

Con la satisfacción de transmitirle este mensaje, me permito también unir mis mejores deseos a los de Su Santidad, al mismo tiempo que le pido, monseñor, quiera tener la seguridad de mi cordial entrega en Nuestro Señor.

Cardenal Jean VILLOT



## Adquiera su calendario hospitalario 1974

**Editorial Hospitalaria**  
Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera de Esplugas s/n  
Barcelona 17

# SALUD MENTAL Y SALUD PUBLICA

Por el doctor GUILLERMO CALDERÓN NARVAEZ  
Director de Salud Mental  
en la secretaria de Salubridad y Asistencia, México.

## ANTECEDENTES

Hasta principios del presente siglo la psiquiatría permaneció aislada del resto de las otras ramas de la medicina. Los profesionistas interesados en ella eran pocos y sus actividades se realizaban en instituciones hospitalarias de tipo carcelario, con posibilidades terapéuticas anticuadas, muy limitadas y en ocasiones inhumanas. Sus actividades preventivas eran prácticamente nulas y su proyección a la comunidad se limitaba a incursiones esporádicas generalmente relacionadas con testimonios judiciales en procesos seguidos a sus pacientes. Este aislamiento en instituciones custodiales aisladas y fortificadas determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado la alienación de la psiquiatría.

Con el advenimiento del psicoanálisis representado originalmente por la figura de Freud y de sus discípulos y posteriormente por otras escuelas con orientación diferente, la psiquiatría sufrió una total transformación. Existía una nueva escuela para explicar el complejo mecanismo de muchos de los problemas psicopatológicos, y un nuevo procedimiento terapéutico que se mostraba alentador por los resultados obtenidos en algunos casos particulares. El entusiasmo despertado por esta novedosa orientación de la psiquiatría, hizo que muchos especialistas abandonaran los viejos manicomios y se dedicaran a practicar el nuevo procedimiento terapéutico en sus propios consultorios; este cambio de orientación sin embargo, no mejoró en forma apreciable los beneficios de la comunidad, ya que el profesional al abandonar las gruesas murallas de los asilos, se refugiaba en los pequeños recintos de sus consultorios particulares, persistiendo el tradicional enquistamiento de la psiquiatría.

En 1905 Clifford W. Beers <sup>1</sup> publicó un libro *A mind*

*that found itself*, en el cual relataba sus experiencias como paciente en tres hospitales psiquiátricos. En 1908 junto con un grupo distinguido de médicos generales, psiquiatras, abogados, religiosos y maestros, fundó la Sociedad para Higiene Mental de Connecticut que en 1909 se transformó en una Sociedad Nacional y posteriormente adquirió importancia internacional.

Esta asociación identificó su meta principal con la del movimiento de salud pública, destacando la importancia de la prevención tanto como la del tratamiento y la necesidad de la detección temprana de los casos así como la del control de los elementos perjudiciales para la salud mental, utilizando para localizarlos y valorarlos debidamente, la investigación, legislación y aprovechamiento adecuado de los servicios de la comunidad y de la educación pública.

En 1902 nació el movimiento de orientación para la infancia. La Clínica de Orientación Infantil, se consideró como la base para la prevención de los trastornos mentales de la población y el foco de difusión de las actividades adecuadas para el manejo psicológico de los niños con la orientación adecuada para los padres, los maestros y la comunidad.

Sin embargo no fue sino hasta finalizar la Segunda Guerra Mundial, cuando se apreció un movimiento en todos los países, tendente a romper el aislamiento en que habían trabajado los psiquiatras. Nuevos programas de investigación y servicio, fijaron las bases de este movimiento al que se ha llamado Psiquiatría de la Comunidad, considerándose como de mayor importancia los siguientes aspectos <sup>2</sup>.

- Transformación total de los hospitales psiquiátricos de instituciones carcelarias en establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos, en estrecha conexión con la comunidad.

- Creación del concepto de *ambiente terapéutico*<sup>3</sup> logrando con este nuevo enfoque de puertas abiertas una mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.

- Intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada abrevian la estancia de los enfermos mejorando su conducta y sus relaciones personales<sup>4</sup>.

- Incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales.

- Creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, que permiten que el enfermo conviva en la comunidad y durante ciertas horas asista a instituciones adecuadas con propósitos terapéuticos.

- Organización de centros comunitarios de salud mental que promuevan la educación de la comunidad, faciliten la detección temprana de casos y el control de postcura, permitan la investigación de los problemas de salud mental y la utilización de programas adecuados para resolverlos, todo ello en contacto estrecho con la comunidad y utilizando los recursos profesionales y no profesionales de la misma (maestros, sacerdotes, voluntarios).

- Fomento del establecimiento de *Talleres Protegidos* que permitan ofrecer trabajo adecuado y debidamente supervisado, a los enfermos que han mejorado de sus problemas psiquiátricos, pero que en forma habitual son vistos con desconfianza por la comunidad, que no les brinda la ayuda adecuada para su rehabilitación social; así como la instalación de hogares sustitutos para los enfermos que lo requieran.

- Integración de los problemas de salud mental a los programas generales de salud pública, con el objeto de utilizar al máximo todos los recursos oficiales, así como coordinación estrecha con la iniciativa privada en beneficio del enfermo mental.

- Organización funcional de todos los elementos disponibles que pueden ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución geográfica adecuada por medio de la sectorización con miras a dar el máximo de facilidades al paciente para lograr su recuperación.

- Elaboración de programas adecuados, e incremento de la comunicación con los diferentes sectores de la comunidad con el objeto de lograr la utilización adecuada de todos los recursos disponibles en beneficio de la salud mental pública.

Estos principios han sido la base sobre la cual se ha ido estructurando todo el programa de Salud Mental Comunitaria en México. En todos los casos se han hecho estudios exhaustivos de las experiencias extranjeras mediante viajes especiales de observación y participación en seminarios y cursos internacionales de entrena-

miento, pero siempre teniendo en mente, la necesidad de efectuar las modificaciones necesarias para su correcto funcionamiento en nuestro país de acuerdo con nuestras propias características, culturales, políticas y sociales.

Los resultados ya logrados y los programas que se encuentran en plena fase de realización se señalan a continuación, en relación con cada uno de los puntos señalados.

### TRANSFORMACIÓN TOTAL DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

A principios de 1966, el panorama psiquiátrico nacional, no podía ser más desconsolador, a pesar de que ya se contaba con cinco hospitales granja nuevos y el Instituto Nacional de Neurología que hasta la fecha sigue siendo orgullo de México.

En efecto subsistía el viejo Manicomio General que inaugurado en 1910, se había descuidado mucho en su mantenimiento y en forma inhumana alojaba a cerca de 3.500 enfermos, cuando su cupo original había sido para 800. Contando en toda la República con cerca de 30.000 médicos, sólo 400 ejercían la psiquiatría y de ellos más de la mitad lo hacían sólo en forma privada. No existían más que dos enfermeras psiquiátricas ambas entrenadas fuera de México, y sólo se contaba con 5 residentes en psiquiatría.

Existía pues la necesidad imperiosa de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, no sólo para alojar y atender en forma científica y humana a nuestros enfermos, sino también para disponer de hospitales escuela adecuados, ya que frente a magníficas instituciones de fama internacional, en las ramas de cardiología, nutrición, pediatría, cirugía, etc., el viejo Manicomio no ejercía ningún atractivo a los nuevos médicos para dedicarse a la psiquiatría.

Fue así que con la comprensión y ayuda incondicional de las altas autoridades del país, se elaboró el Plan Castañeda<sup>5</sup>, que permitió la construcción de seis nuevos hospitales psiquiátricos:

El Fray Bernardino Álvarez, con 630 camas para enfermos mentales agudos, el Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro con 200 camas, tres nuevos hospitales campestres con 500 camas cada uno y un hospital hogar para enfermos crónicos no recuperables de 650 camas, todos ellos modernos, confortables y muy activos en su terapéutica.

Al mismo tiempo que se construían las nuevas unidades, se iniciaron los programas de entrenamiento del personal, creándose una magnífica residencia psiquiátrica de tres años en la Dirección de Salud Mental, y en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México, se creó la especialidad de Enfermería Psiquiátrica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Los resultados han sido muy satisfactorios; en la

actualidad se atiende a un gran número de enfermos con técnicas modernas, lo que permite un movimiento más fluido intrahospitalario de los mismos y en relación con la docencia que se ha incrementado en todo el país, terminan su especialización en psiquiatría cada año más de cincuenta médicos y aproximadamente egresan veinte enfermeras psiquiátricas. Además un gran número de psicólogos y trabajadoras psiquiátricas reciben un buen entrenamiento en salud mental.

En 1972 se inauguró dentro de las instalaciones generales del Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro*, un pabellón para adolescentes, que se encuentra ya funcionando con un área de internamiento de 48 camas, hospital de día y servicio de consulta externa.

La creación de este servicio vino a resolver una necesidad urgente dentro del moderno sistema hospitalario de nuestro país, y su situación en la parte posterior del terreno del hospital, podrá permitir en el futuro, la ampliación de sus instalaciones, y posiblemente su entrada independiente, al mismo tiempo que la utilización de los servicios generales del hospital.

#### AMBIENTE TERAPÉUTICO

Como ya se señaló anteriormente, durante muchos años el concepto del hospital psiquiátrico tradicional no fue modificado: grandes establecimientos albergaban a miles de enfermos mentales, alojándolos en recintos aislados, protegidos por medio de rejas y muy frecuentemente en condiciones infrahumanas. Generalmente se seleccionaba para la localización de estas instituciones, lugares apartados de las comunidades, ya que el objeto que se buscaba era el de aislar a este tipo de pacientes, protegiendo a una sociedad que no los comprendía y sí en cambio los temía.

Este tipo de nosocomio ha sido totalmente transformado en la actualidad con el concepto de lo que se ha llamado *ambiente terapéutico* y que consiste en el reconocimiento de que un ambiente adecuado para en enfermo mental es terapéutico de por sí, por lo que en todos los países se ha procurado que el hospital funcione como una comunidad, en donde el personal y los pacientes, constituyen partes integrantes de un solo organismo.

Los hospitales de tipo carcelario han sido substituídos por instituciones *abiertas*, en donde el enfermo acepta su internamiento y colabora en el tratamiento. La psicoterapia y la ergoterapia, ocupan actualmente lugares muy importantes dentro del marco terapéutico de estos modernos nosocomios, las áreas de terapia ocupacional, así como las deportivas y recreativas, se ven frecuentadas por los pacientes que asisten a ellas libremente, sin coacción de ninguna naturaleza, lo que ha permitido un contacto más estrecho entre ellos y el equipo terapéutico, que no hubiera sido logrado si no existiera en los nuevos establecimientos este ambiente de liber-

tad, de comprensión y de afecto. Afortunadamente la comunidad ha respondido a este nuevo enfoque en la atención de los enfermos mentales y prueba de ello es la labor, humanitaria, educativa y terapéutica de los grupos de Damas Voluntarias que maravillosamente funcionan en nuestros hospitales.

#### LOS NUEVOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Por su gran eficacia y facilidad de empleo, los nuevos medicamentos antipsicóticos han venido a determinar un cambio definitivo en el panorama de la psiquiatría. Por medio de ellos se ha logrado que los pacientes sean más accesibles, los estados de excitación aguda han sido disminuidos a su mínima expresión, los medios de contención se han eliminado, el contacto entre el paciente y el personal se ha facilitado<sup>6</sup> y el promedio de duración de los cuadros psicóticos ha disminuido notablemente.

En todos los países se ha apreciado una disminución en el número de enfermos internados, aunque en los que como el nuestro, el crecimiento demográfico es desmedido, esto no se refleja en una disminución en la necesidad de camas psiquiátricas, pues proporcionalmente el aumento de la población determina una demanda mayor de atenciones en este sentido.

La mejoría rápidamente obtenida, permite que si el caso es descubierto oportunamente, el internamiento en un buen número de casos no llegue a ser necesario, de ahí la importancia de la detección temprana de los casos sobre la que se insistirá más adelante como piedra angular de los programas de Salud Mental Comunitaria.

Sin embargo, es preciso tomar en consideración que el tratamiento farmacológico debe ser estrechamente vigilado cuando el paciente sale del hospital, pues una interrupción del mismo, por lo menos en pacientes esquizofrénicos, determinará una recaída, por lo que es preciso tomar en cuenta que el nuevo enfoque terapéutico obliga a contar con una serie de servicios extrahospitalarios de amplitud cada vez mayor, con el objeto de poder realizar un buen control de post-cura, que evitará recaídas con nuevos internamientos de alto costo para el Estado. Actualmente se están experimentando nuevos medicamentos de acción prolongada por vía oral, que de ser efectivos permitirán lograr buenos resultados terapéuticos con la simple administración de una pastilla a la semana. De comprobarse este hecho que ya está siendo experimentado por psiquiatras mexicanos, considero que debería de valorarse la posibilidad de regalar, como lo hacen algunos países, este medicamento, como una inversión de rendimientos positivos al futuro. Otro aspecto importante es la vigilancia adecuada de estos enfermos en forma periódica, por el equipo de la comunidad, de ser necesario en sus propios domicilios.

## UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EN HOSPITALES GENERALES

Este concepto de asistencia psiquiátrica, tan desarrollado en otros países, ha sido difícilmente incorporado al nuestro, sin embargo la Dirección de Salud Mental no sólo está promoviendo su creación en la Ciudad de México, sino que ha considerado que es el tipo de establecimiento ideal para ciudades del interior de la República.

Se encuentran ya funcionando el Anexo Psiquiátrico del Hospital Civil de Mexicali, con 10 camas, y el Centro Médico Psiquiátrico de Saltillo, Coahuila con 16.

En esta última ciudad se pondrá en marcha un programa experimental constituido por una unidad fija y otra móvil. La unidad fija representada por el Centro Médico Psiquiátrico de Saltillo que brindará servicios de consulta externa y hospitalización.

Este centro funciona como una unidad de diagnóstico ayudado por estudios paraclínicos como son: electroencefalografía, pneumoencefalografía, laboratorio, estudios psicológicos, etc.; y como unidad de terapia intensiva en donde se utilizan como métodos de tratamiento la terapia electroconvulsiva, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia con sus variantes: de grupo, breve, de apoyo, etc.

Además de ello el Centro Médico Psiquiátrico de Saltillo le da servicio de interconsulta al Hospital Civil, funcionando también como unidad de Rehabilitación en aquellos centros que más lo necesitan como por ejemplo: Centro de Educación Especial, Centro de Orientación y Rehabilitación Social para Menores, Centro de Rehabilitación Física y Centros Penitenciarios.

La unidad móvil o equipo de trabajo comunitario saldrá a las cabeceras municipales para dar atención al medio rural, en estrecha coordinación con la unidad fija de Saltillo.

## SERVICIOS DE EMERGENCIA Y DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Durante el presente año empezará a funcionar la Unidad de Emergencia del Hospital *Fray Bernardino Álvarez*, especialmente dedicada a la atención de pacientes con dependencia a alcohol y otras drogas, en fase de intoxicación aguda.

Aun cuando no contamos con datos estadísticos confiables, sabemos que este tipo de problemas es cada día más importante en el Distrito Federal, y que no existe una Institución que proporcione el tratamiento integral al paciente como unidad bio-psico-social.

Contando con personal adecuado en número y bien entrenado, proporcionará servicio eficiente e intensivo las 24 horas del día, permitiendo con un tratamiento inmediato psiquiátrico y médico general salvar muchas vidas y evitar complicaciones graves a los pacientes.

Hospitalización parcial de día está ya funcionando en los pabellones de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico *Dr. Juan N. Navarro* y servicios semejantes se integrarán en los Talleres Protegidos.

## CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

En Estados Unidos y otros países se han creado unidades con esta finalidad, dotándolas de servicios de hospitalización total, hospitalización parcial, consulta externa, servicio de emergencia y educación de la comunidad. Sin embargo, nosotros consideramos que tienen el inconveniente de ser sumamente costosas y además de persistir en el error de aislar a la psiquiatría de la medicina general.

De acuerdo con nuestra realidad socio-cultural, en México y con la valiosa colaboración de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal, desde hace varios años se creó un Centro Piloto sobre las siguientes bases:

- Integración de una Unidad de Salud Mental dentro de un Centro de Salud Pública, con el objeto en primer lugar de lograr la integración de nuestra especialidad a la medicina general y en segundo de utilizar las instalaciones, y el personal administrativo de dichos establecimientos evitando duplicidad de gastos.
- Entrenamiento en la materia, del personal técnico de la Institución, ya que consideramos que muchos de los problemas de salud mental pueden ser resueltos por el pediatra, el gineco-obstetra o el médico general, y sólo en los casos serios, éstos deberían referirse a la unidad especializada.

Los resultados obtenidos en general fueron muy satisfactorios y se han ampliado en la actualidad, dotando a cada uno de los Centros con Pasantes en Servicio Social de Psicología, y de Trabajo Social, con lo cual se ha incrementado, previa preparación adecuada, los elementos técnicos en cada una de las unidades.

Finalmente la actividad del Centro se proyecta hasta la misma comunidad, entrenando a líderes de la misma, como pueden serlo los maestros, los dirigentes sindicales, los orientadores religiosos o cualquier persona que tenga una área de influencia dentro de la sociedad.

En estos mismos Centros de Salud las personas que asisten solicitando servicios, reciben una información adecuada en diferentes aspectos relacionados con la higiene mental, tales como orientación prenupcial, prenatal y en relación con el manejo psicológico adecuado de niños y jóvenes.

Pero el equipo de la comunidad no se limita a estas actividades de prevención primaria, sino que entrena a las Enfermeras Sanitarias que visitan los domicilios de los habitantes del área correspondiente, con el objeto de poder detectar en forma oportuna los casos incipientes

de enfermedad mental, ya que en estas condiciones el tratamiento especializado puede rendir resultados óptimos en un tiempo mínimo, con lo cual se evitan gastos exagerados si la atención del paciente se efectúa cuando el proceso se encuentra muy avanzado (Prevención Secundaria).

Finalmente su labor debe abarcar el control de los pacientes que ya han sido atendidos y dados de alta en los hospitales psiquiátricos de esta misma Secretaría, pero que requieren seguir siendo vigilados por un tiempo adecuado en Instituciones cercanas a sus domicilios, con el objeto de evitar recaídas que en algunos cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia, se presentan si el tratamiento y control médico se interrumpe.

A esta actividad se le llama en Salud Pública, prevención terciaria.

En la actualidad y con este programa se encuentran funcionando por indicaciones expresas del C. Dr. Jorge Jiménez Cantú, Titular de esta Secretaría y del Dr. Carlos Campillo Sáinz, Subsecretario de Asistencia, doce Centros en el Distrito Federal, y esperamos incorporar al equipo de la comunidad, antropólogos y sociólogos con la finalidad de realizar estudios de investigación en estas áreas, que permitan el planeamiento de servicios más adecuados en el futuro.

Cada uno de estos Centros tiene personal capacitado para resolver a su nivel, problemas de farmacodependencia, alcoholismo, neurosis y otros tipos de patología mental.

Por supuesto que las experiencias y los resultados halagadores obtenidos, deben proyectarse a todo el país y ya están funcionando Centros Comunitarios de este tipo en Saltillo y Mexicali.

## TALLERES PROTEGIDOS

En psiquiatría es difícil poder alcanzar como meta una curación total, y generalmente se logra sólo una recuperación social, que permite al individuo, salir del sanatorio y volver a convivir con su familia y con la sociedad. Sin embargo como este hecho no implica la desaparición total de los síntomas, la torpeza del retrasado mental, las risas o palabras inmotivadas del esquizofrénico, la posibilidad de presentación de una crisis convulsiva en el epiléptico, o los antecedentes del antiguo dependiente a alcohol y otras drogas, la sociedad les cierra las puertas impidiendo que puedan llegar a trabajar en una fábrica u oficina con personas supuestamente normales, o bien son despedidos inmediatamente cuando habiendo logrado ocupar con más o menos dificultad un puesto, llega a presentarse algunos de los síntomas anteriormente señalados.

Con el objeto de darles la oportunidad de trabajar y volver a ser elementos productivos para la sociedad, se han creado en muchos países lo que se ha dado en llamar

*Talleres Protegidos*, o sea lugares en donde el enfermo es supervisado en su actividad y atendido médicamente por personal técnico que conoce su problema, y sabe resolver cualquier emergencia que pudiera presentarse en caso de necesidad. En estos lugares el paciente percibe sueldo, toma sus medicinas, recibe el beneficio terapéutico del trabajo y se transforma de nuevo en un miembro activo de la comunidad, no sólo porque puede volver a llevar ayuda económica a su casa lo que hace que se le abran de nuevo las puertas injustamente cerradas, sino porque además, como en toda industria, su trabajo reporta ganancias que pueden ser utilizadas en beneficio de otras Instituciones de Salud Mental Comunitaria.

Los beneficios obtenidos por los talleres protegidos, son de tal magnitud, que en la Unión Soviética, existe un puesto por cada 1.000 habitantes, o sea que más de 200.000 enfermos mentales trabajan en talleres que abarcan desde actividades tan sencillas como el simple doblado de cajas de cartón, que enfermos retrasados mentales profundos ejecutan con gran habilidad y prontitud, hasta talleres electrónicos de gran precisión en donde se producen radios, televisores y equipos electromédicos.

En todos ellos el enfermo gana dinero, en forma proporcional a su rendimiento, disminuyendo así la pensión que por invalidez tienen derecho a recibir del estado, y cuando su cuadro mental mejora el tiempo y la labor bien organizada de sus instructores les permite ir ascendiendo, incrementando sus percepciones al grado de que en muchas ocasiones no sólo llegan a ser autosuficientes económicamente, sino que la ganancia que su trabajo conjunto determina, permite la construcción de nuevas clínicas, hospitales, escuelas, talleres protegidos, etc.

Con esta experiencia como meta, en nuestro país, la Dirección de Salud Mental creará 3 talleres protegidos, dos para adultos funcionando originalmente en forma intrahospitalaria pero con enfermos de dentro y fuera del nosocomio, y otro para jóvenes en locales especialmente adaptados en lo que fuera la Escuela para Adolescentes Deficientes Mentales *Bernardino Álvarez*. En este lugar se creará la Unidad de Integración Humana y Social, de la cual dependerá un centro de enseñanza especial para adolescentes deficientes mentales y un centro de capacitación para el trabajo en talleres protegidos.

Por supuesto que en este centro se admitirá toda clase de jóvenes, lo mismo el limitado en su capacidad intelectual, que el psicótico recuperado y el farmacodependiente que rehabilitado desea tener la oportunidad de ganarse honestamente la vida, esperamos que el ambiente sea muy acogedor y que los jóvenes respondan con entusiasmo y trabajo productivo, lo que indudablemente redundará no sólo en el mejoramiento de sus cuadros psicopatológicos sino que igualmente volverán a ser los miembros productivos de una sociedad, que en otras condiciones, ya no los verá con tanto desprecio, temor o indiferencia como suele hacerlo actualmente.

## SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA

Como ya ha sido señalado con anterioridad, no concebimos ningún programa de Salud Mental que no sea debidamente integrado a los de Salud Pública, y ya al describir los Centros de Psiquiatría Comunitaria recalcamos todas las ventajas que esta moderna concepción de la especialidad significa, tanto por lo que hace a sus actividades preventivas, como terapéuticas y de rehabilitación.

Hemos señalado y puesto en práctica en ocasiones anteriores<sup>7</sup> los beneficios indudables que resultan de establecer una buena coordinación entre las instituciones oficiales y los recursos que la iniciativa privada debidamente motivada, suele proporcionar con largueza, sobre todo en la lucha contra ciertos problemas como el de la dependencia a alcohol y otras drogas.

Labor inapreciable por lo que significa no sólo como recursos humanos utilizables, sino por su alta calidad humanística, representa la ayuda de las Asociaciones de Damas Voluntarias que funcionan en nuestros hospitales. Su entrega maternal, totalmente desinteresada y llena de afecto hacia nuestros pacientes, representa una doble vocación difícil de lograr, la de servir a los necesitados y la de atender a los pobres enfermos mentales, que injustificadamente son considerados por la mayor parte de las personas no solo como la escoria de la sociedad, sino como enfermos peligrosos y despreciables, olvidando que la bondad siempre origina agradecimiento y que la semilla del amor, aun sembrada en el terreno de la miseria humana, siempre da frutos de reconocimiento, afecto y amistad por parte de quienes nada piden y por ello son los que más deben recibir.

## SECTORIZACIÓN

La creación de los 12 Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal, se está integrando simultáneamente con la debida sectorización de los cuatro hospitales con que cuenta la Dirección en esta misma área geográfica, lo que facilitará, el control de los enfermos dentro y fuera de los nosocomios, así como el intercambio de experiencias entre el personal de los mismos y el equipo de la comunidad.

En forma similar funcionarán, los hospitales psiquiátricos regionales, los anexos psiquiátricos de hospitales generales y los Centros Comunitarios en el interior de la República.

## PROGRAMAS COMUNITARIOS

En los últimos 6 meses se ha enfocado en forma especial el interés de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el problema de farmacodependencia, sin descuidar por supuesto otros campos de la Salud Mental.

Al respecto se ha creado bajo la Presidencia del C. Dr. Jorge Jiménez Cantú, Titular de la misma, el Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia que agrupa a expertos de las principales organizaciones oficiales, semi-oficiales y privadas, y que ya está trabajando activamente en todos los aspectos relacionados con la prevención, tratamiento, rehabilitación, entrenamiento e investigación de este problema médico-social y que indudablemente será la sólida base sobre la cual se estructuren y coordinen todas estas actividades a nivel nacional relacionadas con el mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Beers, C. W.: A Mind That Found Itself. New York, Doubleday, 1939.

<sup>2</sup> Calderón, N. G.: Psiquiatría de la Comunidad. Aportación de México. Gaceta Médica de México. 100:535, 1970.

<sup>3</sup> Caplan, G. y Caplan, R. B.: Development of community psychiatry concepts. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore. The Williams & Wilkins company, 1967.

<sup>4</sup> Calderón Narváez, G.: Repercusión de la quimioterapia en los planes de la asistencia de los enfermos mentales. Neurol. Neurocir. Psiq. 9:159, 1968.

<sup>5</sup> Calderón Narváez, G.: Los nuevos hospitales psiquiátricos de México. Sal. Púb. Méx. 10:875, 1968.

<sup>6</sup> Balvet, P.: Chimiothérapie et équipe soignante. Actualités de Thérapeutique Psychiatrique. Deuxieme. Série. Masson et Cie. Paris, 1967.

<sup>7</sup> Calderón N. G.: El Centro de Trabajo Juvenil. Salud Pública de México 12:361, 1970.

# LA LEPRA Y SUS PROBLEMAS

## Erradicación de la lepra en Sierra Leona. Africa

Por *ROCCO SERRA, S. X.*  
Director A del Centro de erradicación

### ANTECEDENTES

Los trabajos de leprosería en esta región comenzaron hace 8 años. Al principio de la Campaña Nacional de la Lepra, tuvimos suerte de tener al señor David Brooks, quien se hizo cargo de la región. El señor Brooks, voluntario VSO, era Inspector británico de la Salud Pública y recibía orientación en los trabajos de la lepra, de la Misión de la Lepra en Londres, estando formado en el Hospital Leproso de Masanga y en el Centro Leproso de Makeni.

Mr. Brooks tiene dos equipos con 4 asistentes, cada uno de ellos tiene una experiencia de 12 años. Mr. Brooks encontró 23 clínicas a 21 millas de Kabala con una asistencia muy pobre. Para improvisar la asistencia, se tomaron las siguientes prácticas de rutina:

— Educación sobre la salud dada a todos los pacientes que se atendían en la clínica.

— Cada esfuerzo se hacía para visitar la ciudad principal, sección de jefes en las clínicas de las poblaciones, preguntar por su mantenimiento. La mayoría de ellos eran extremadamente cooperadores.



Makeni. El doctor Benicio Sanz, O. H., con un grupo de enfermos en tratamiento.

— Todos los enfermos que tenían que ausentarse por asuntos urgentes (funeral, etc.) podían dejar su ficha a un amigo para que este, le procurase las medicinas. Para evitar peligros, DDs no se da por más de 4 semanas. El programa «Cuidados para casos especiales» determinaba qué pacientes podían permitirse dicho privilegio.

— En casi todas las clínicas (se prefería el paciente que seguía un tratamiento continuado) se le ayudaba animándole. Era responsable para atraer a otros, tomando las medicinas de aquellos pacientes quienes por alguna razón no asistían, y manteniendo el decoro de la clínica.



El doctor Ramón Ferreró, O. H. con los asistentes de las Unidades móviles.

— Se hacía todo lo posible para mantener la clínica en cada población y efectuar las visitas al mismo tiempo cada semana. Los enfermos conociendo que el equipo controlaba el tiempo, hacían honor a sus citas más puntualmente.

— El contacto de pistas encontradas era importante y necesario.

— Atención especial era dada a los niños y padres que lo solicitaban para dejar examinar sus niños, por si había alguna lesión en la piel. De esta manera, muchos casos se diagnosticaron durante los tres meses de campaña.

— Se han hecho grandes esfuerzos para abrir nuevas clínicas a lo largo de las principales «líneas» para asegurar a las clínicas el alimento para los enfermos, desde las poblaciones colindantes.

— Muchas carreteras habían sido exploradas en la región con Land-Rover. Algunas de las posibles rutas de bicicleta, se habían hecho andando, para ver que clínicas valía la pena abrir.

El laboratorio técnico en el Hospital de Kabala, con experiencia en la lepra, habían creado manchas de piel, para el equipo. Clínicas intermedias se habían instalado

para que los enfermos no tuvieran que andar largas distancias antes de alcanzar la clínica más próxima. Tan pronto como todos los trabajadores se habían familiarizado con el recorrido del nuevo esquema, se planeaba volver a abrir 17 clínicas con cerca de 350 enfermos, las cuales se habían cerrado hacía 2 años a causa de la pobre asistencia médica y mal estado de las carreteras.

Cuando la Campaña Nacional de la Lepra empezó en enero, el número de leproso registrado en Koinadugu era de 533. A finales de marzo el número regular de enfermos registrados y atendidos era de 785, con sólo 44 casos de lepra.

#### *PROGRAMA ACTUAL DE CONTROL DE LA LEPROA*

El programa de control de la Lepra, de toda la Sierra Leona, empezó el 8 de enero de 1973, con una Campaña Nacional lanzada por el Ministerio de la Salud. El programa se realiza con ayuda de Leprosaría Alemana, Lepra (Inglaterra), UNICEF, C.R.S., y Amigos de Enfermos Leprosos en Italia y USA.

Propósito de la Campaña:

— Dictaminar el número exacto de enfermos leproso en el país.

— Control de leproso, prestando servicio a los enfermos en sus propios pueblos, con Unidades Móviles.

— Erradicar la lepra en Sierra Leona, en el más corto espacio de tiempo posible.

#### *ORGANIZACIÓN Y PROGRESO DE LA CAMPAÑA*

Durante los 4 primeros meses, desde el principio de la campaña, su mayor empeño ha sido organizar varios equipos, en el propio sentido de la palabra, de aprovisionamiento y formación de personal, en el uso de documentación, planos adaptados y standarizados para todo el país.

No fue posible encontrar un leproso, para el programa, como habíamos pensado en un principio, pero los doctores que ahora se encuentran en Sierra Leona, trabajan exclusivamente en la lepra:

— Dr. H. Harden, Médico Oficial en el Hospital Leproso de Masanga.

— Dr. Benicio, Médico Oficial del Centro Leproso de Makeni.

— Dr. P. Stingl, Médico Oficial a cargo de Freetown y Región del Western.

Junto con el Dr. R. J. Beresford-Cole, Diputado Médico Jefe Oficial, están formando el comité para la resolución de todos los problemas médicos y puesta en marcha del programa de control.

#### *DIVISIÓN DEL TRABAJO*

Cada uno de los tres doctores encargados exclusivamente en los trabajos de la lepra tienen una región específica del país bajo su supervisión:

— Dr. H. Harden, supervisa Tonkolili, Moyamba y Kono.

— Dr. Benicio, supervisa Bombali, Port Loko, Kambia y Koinadugu.

— Dr. P. Stingl, supervisa Freetown, Región del Western, Bo, Pujehun Bonthe, Kenema y Kailahun.

Cada región, tiene un supervisor y este varios equipos a su cargo:

— Koinadugu un supervisor con dos equipos.

— Tonkolili y Kono un supervisor con dos equipos.

— Bombali un supervisor con dos equipos.

— Port Loko un supervisor con un equipo

— No, Bombali y Kambia un supervisor con un equipo.

— So, Tonkolili y Moyamba un supervisor con dos equipos.

— Bo y Pujehun un supervisor con un equipo y pronto empezará a trabajar otro.

— Kenema y Kailahun un supervisor con dos equipos.

— Freetown y Región Western un supervisor con un equipo.

En Freetown tenemos una oficina coordinadora para todo el programa.

En el Norte de la Provincia, la lepra ha estado mejor organizada y más protegida con Unidades Móviles, por varias razones:

— El trabajo ya se había empezado y en algunas regiones se había organizado con Unidades Móviles.



**Taller para confeccionar zapatos ortopédicos para los leproso.**

— La mayoría del personal, ha sido preparado en el Hospital de Masanga y Centro Leproso de Makeni, lo que era ventajoso para el programa.

— En el Norte de la Provincia teníamos ya el Hospital de Lepra de Masanga y el Centro Leproso de Makeni bien establecidos y a punto para extender su labor con Unidades Móviles.

## PROGRESO DE LAS UNIDADES MÓVILES

En Koinadugu: Cuatro Asistentes EDCU, un chófer con un Land-Rover, han estado trabajando en la región durante 10 años. En enero visitaron 23 clínicas importantes por semana, en un radio de 26 millas al interior de Kabala. Atendieron alrededor de 500 pacientes. Otras 20 clínicas fueron abandonadas hace 2 años, a causa de poca asistencia, un Land-Rover inservible y por malas carreteras.

El día 10 de enero un voluntario VSO, llegaba a Kabala para ponerse al frente de la supervisión del programa de la lepra en el Distrito de Koinadugu. Su primer trabajo fue:

— Introducir un nuevo sistema de servicios para el equipo.

— Ayuda técnica en el Hospital de Kabala, para interpretar exactamente las manchas de la piel de los leprosos.



Grupo de asistentes que coadyuvan con los hermanos de san Juan de Dios, a la erradicación de la lepra en Sierra Leona.

— Organizar contactos a través de los indicios de todos los enfermos leprosos conocidos.

— Educación Higiénica en cada clínica, en todas las visitas efectuadas.

El equipo procura llegar a la clínica, cada semana a la misma hora, para que los enfermos sigan el ejemplo de ir regular y puntualmente. Un asistente del equipo ha estado confeccionando trajes para los ulcerosos y distribuye especiales cuidados médicos. Otro realiza inspecciones populares en las ciudades; el supervisor recoge actualmente información en espera de apreciar cualquier incidencia de lepra en el área. Esto es necesario para determinar el número suficiente de enfermos que pueden ser atendidos en las clínicas. Se han instalado nuevas clínicas dentro del área existente para animar a los enfermos, atenderlos y acortar la distancia para su tratamiento a un centro más cercano. 20 clínicas que habían cerrado pronto volverán a funcionar y los antiguos pacientes fácilmente podrán reingresar ya que sus fichas estaban registradas anteriormente.

## REGISTRO DE ENERO DE 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	148	308	456
Niños:	39	38	77
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	187	346	533

## REGISTRO DE ABRIL 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	216	447	663
Niños:	59	63	122
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	275	510	785

Muchos de estos casos son tuberculosos con 44 casos de lepra.

En Tonkolili y Kono: Estas áreas han sido supervisadas por un Oficial del Hospital Leproso de Masanga. La labor en esta área comenzó con un equipo y desde entonces se extendió rápidamente tanto en Tonkolili como en Kono, fue necesario añadir un segundo equipo para cubrir las necesidades del programa. La primera labor realizada por el equipo en Tonkolili, fue reexaminar los antiguos pacientes y crear un área de cuidados.

En marzo el supervisor con uno de sus equipos comenzó el tratamiento de la lepra en Kono. Fue muy difícil encontrar la manera de empezar el programa en este Distrito:

— En el momento presente no existía ninguna facilidad de tratamiento aprovechable.

— El distrito contaba con una gran población transeúnte, por ser la región de la excavación del diamante.

La ciudad de Sefadu fue escogida para los primeros intentos. Las autoridades civiles y médicas fueron conectadas y notificadas de antemano del programa. El Médico Oficial se instaló en una habitación. Un pregonero usó un Land-Rover para ir alrededor de las ciudades anunciando la apertura de una nueva clínica y animando a la gente, con manchas luminosas, para que fueran a examinarse en un lugar señalado. Al mismo tiempo se fijaron carteles en las diferentes partes de la ciudad, con la misma información y mensaje. El pregonero actuó durante cuatro días y un equipo se instaló en habitación clínica.

130 personas fueron examinadas y 16 nuevos casos de lepra fueron encontrados 9 de ellos se sometieron a tratamiento.

## REGISTRADO EN ENERO 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	160	277	437
Niños:	60	59	115
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	220	336	556

REGISTRADO EN ABRIL 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	558	1041	1599
Niños:	231	588	819
	<hr/> 789	<hr/> 1629	<hr/> 2418

En Bombali y Port Loko: Dos equipos de Makeni continuaban el tratamiento de pacientes en Bombali, donde empezó una vigilancia en 1967 y 1968 de una gran parte del Distrito. Estos cuidados se extendieron en 1969 y 1970 en numerosas partes del Distrito de



Hospital de Makeni para el tratamiento de la lepra.

Port Loko. En enero, un nuevo equipo fue organizado en Port Loko y parte de Kambia. Alrededor de unas 20 nuevas clínicas fueron abiertas en el Sur de Port Loko, durante este tiempo, con cerca de 300 enfermos, pero le fue imposible al equipo atender algunas partes del Distrito de Kambia. Planeamos tener un nuevo equipo a finales de este año en esta región, si podemos encontrar otro supervisor.

Los dos equipos en el Distrito de Bombali han trabajado durante 5 años, tratando regularmente a los enfermos. Una evaluación del trabajo se hizo necesaria. En marzo, fue organizado un equipo especial desde el Centro de Makeni para evaluar el trabajo hecho durante un año en Bombali y en partes del Distrito de Port Loko. El equipo estaba formado con el médico Oficial del Centro de Makeni, el zapatero o uno de sus asistentes y un fisioterapeuta. El fin del equipo era visitar todas las clínicas:

- Revisar médicamente todos los enfermos.
- Dar cuidados especiales y educación al enfermo con problemas de pies y manos.
- Encontrar qué enfermos serían beneficiados de los cuidados prestados.
- Reparar el calzado.

El trabajo de este equipo sólo ha empezado. No puede realizarse un trabajo continuado a causa de las elecciones políticas del pasado mes y también por que han de entrenarse en el Centro de Makeni para la asistencia de nuevos leprosos.

EN BOMBALI

REGISTRADO EN ENERO 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	818	1478	2296
Niños:	149	201	350
	<hr/> 967	<hr/> 1679	<hr/> 2646

REGISTRADO EN ABRIL 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	853	1492	2345
Niños:	157	210	367
	<hr/> 1010	<hr/> 1702	<hr/> 2712

EN PORT LOKO I Y II

REGISTRADO EN ENERO 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	514	627	741
Niños:	92	73	165
	<hr/> 605	<hr/> 700	<hr/> 906

REGISTRADO EN ABRIL 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	537	627	1164
Niños:	100	74	174
	<hr/> 637	<hr/> 701	<hr/> 1338

En Yonibama y Moyamba: El supervisor de estas dos Regiones, tuvo que irse al principio de la reorganización de los dos equipos bajo su supervisión. El pudo señalar el trabajo que debía llevarse a cabo, a sus asistentes, ya que habían estado con él varios años, y tenían una buena experiencia en los trabajos de leprosería.



Dispensario levantado en pleno bosque.

Abrieron 20 nuevas clínicas en Yoni y están abriendo otras a lo largo de la carretera de Bo milla 47. El equipo de Moyamba, bajo un asistente y su supervisor temporal del Local Médico Oficial, está abriendo un número de

circuitos en la misma ciudad y en sus alrededores. Un examen regular de la región indica una clara incidencia de lepra. Una nueva carretera conectando Yonibana con Moyamba, ha sido recientemente abierta lo que facilitará el trabajo a numerosas e importantes poblaciones a través de esta nueva carretera. Uno de estos equipos está ya tratando enfermos a través de la carretera de Bo a Taïama, donde el supervisor desde Bo tomará contacto con su equipo.

Los dos equipos en Yonibama y Moyamba, tratan actualmente 800 enfermos, muchos de ellos nuevos casos de lepra, bajo tratamiento por primera vez.

En Bo y Pujehun: Los trabajos de leprosería en Bo, se han seguido bastante continuadamente en los últimos tres años, cuando el supervisor de Lepra (Inglaterra) tomó responsabilidad de la región para el programa de control. Desgraciadamente ha estado trabajando con un número limitado de asistentes y esta ha sido la razón principal de atraso en el programa a realizar en el Distrito de Pujehun.

Cinco nuevos asistentes de leprosos se están entrenando en Makeni y Masanga y se unirán al programa a primeros de julio, cuando pueda organizarse otro equipo para controlar mejor las clínicas actuales y las que se tengan que abrir.

Actualmente la Región de Bo está dividida en dos secciones. La del Norte está formada por el Hospital de Bo y consiste en una Unidad Móvil con un asistente de EDCU y un chófer. Visitan unas 130 clínicas y cuidan alrededor de 750 enfermos.

La parte Sur del Distrito está cubierta por un asistente EDCU del Centro de Salud de Sumbuya. No tiene medio de transporte y visita sus clínicas mensualmente, excepto Sumbuya que lo hace cada semana. Realiza la visita a las clínicas con transportes locales. Trata a unos 60 enfermos.

REGISTRADO EN ENERO 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	376	313	619
Niños:	58	62	120
	<hr/> 434	<hr/> 375	<hr/> 809

REGISTRADO EN ABRIL 1973

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	377	333	710
Niños:	68	62	130
	<hr/> 445	<hr/> 395	<hr/> 840

En Kenia y Kailahun: Un supervisor en Lepra (Inglaterra), llegó a mediados de enero de 1971, para llevar a cabo trabajos de leprosería en el Este de la Provincia. Visitó tres Distritos con los Jefes y centros donde podía ser tratada la lepra, para familiarizarse con ella:

- Problemas de lepra en la Provincia.
- Qué se estaba haciendo con los enfermos.
- Cómo improvisar un trabajo móvil regular.

El número de enfermos parecía ser menos del 3 % como se indicaba en 1957. Existían 43 centros, recorriendo desde los pequeños centros a las grandes misiones de hospitales, muchos de estos centros estaban inadecuadamente auxiliados, a causa de la escasez de transporte y personal, el trabajo tenía que ser confinado principalmente al Distrito de Kenema, y los nuevos circuitos empezaban sólo en este Distrito.

A finales de 1972, 105 clínicas, más 11 dispensarios fueron incorporados a los circuitos que se visitaban quincenalmente.

39.400 personas mayores eran examinadas y de entre ellas 440 eran enfermos leprosos.

9.500 niños eran visitados y 70 de ellos leprosos.

En abril aproximadamente 800 enfermos fueron tratados por 2 Unidades Móviles.

Las siguientes clínicas han sido un éxito, reclamando un buen número de enfermos perezosos que no acudían regularmente. La salud empieza a hablar. Dos nuevos asistentes para esta región están preparándose y se unirán al programa en julio próximo.

En Freetown y Región del Western: Los trabajos de leprosería en Freetown y región del Western han empezado hace sólo dos años, con un supervisor que se encarga del programa a realizar. Resulta que la ciudad de Freetown tiene un gran número de enfermos leprosos, un reportaje del supervisor nos dice que desde abril de 1973, tiene bajo tratamiento a

	Hombres	Mujeres	Total
Adultos:	1198	872	2070
Niños:	127	79	206

Con el nuevo Programa de Control Nacional, el Dr. P. Stingl y su mujer, con un laboratorio técnico, habían tomado la responsabilidad del programa en la Región de Western y Freetown. Empezarán los cuidados de la Región de Western en mayo, y más tarde la del mismo Freetown.

Mientras tanto, en Lakka, se está organizando un centro para casos de emergencia que necesiten hospitalización temporal, así como un centro para laboratorio.

El Programa de Control progresa muy bien, con una buena cooperación del Ministerio de la Salud y todos los oficiales, asistentes y trabajadores.

El Ministerio de Información y el Director de Radio y TV, nos han proporcionado una gran ayuda con programas para familiarizar al público en general con la nueva organización de leprosería en el país y con toda clase de cooperación.

Tradujo:  
AMANDA DE MIR BORRÁS

# PABLO VI HABLA DE LOS ENFERMOS DE LEPRO

## *HERMOSO TÍTULO DE GLORIA*

Estáis personalmente en la primera fila de los que se esfuerzan, desde hace años, por mejorar el destino de millones de personas afectadas por este terrible azote; algunos han sabido llegar profundamente a la opinión pública; otros han continuado con la invención y la aplicación de medios terapéuticos eficaces; otros se han ingeniado para organizar centros adecuados de atenciones o de educación profesional. Representáis, por otra parte, a Asociaciones muy dignas de elogio, entre las que nos es grato saludar a la Orden Soberana de Malta, que ha encontrado, en el servicio a los leprosos, uno de sus más hermosos títulos de gloria, y que ofrece hoy día hospitalidad a esta Asamblea.

## *VICTORIA SOBRE LA LEPRO*

Ciertamente, hoy día, y en particular gracias a vosotros, la lepra no se presenta evidentemente con el carácter horrible que tenía hasta fecha reciente, y hacía que esta enfermedad fuese repugnante y contagiosa, condenando a los que estaban atacados de ella a vivir como parias, al margen de la sociedad; tan profundamente heridos en su dignidad humana, que perdían toda su esperanza. Hoy día infunde menos temor. La ciencia ha puesto casi a punto los medios de frenar, de curar, de prevenir. Se ha desmitificado, en la opinión pública, la fatalidad de su propagación. Por ello mismo, se ha mitigado, en parte, el ostracismo de que eran víctimas los leprosos y sus familias. Se han creado numerosos organismos; se han federado, para correr en ayuda de las buenas voluntades individuales que, con frecuencia, habían luchado solas y heroicamente contra el azote. Parece que ahora se puede contemplar con alivio el final de esta horrible plaga que ha azotado a la Humanidad. Se trata de una victoria de la que nos alegramos, y por la que felicitamos a sus promotores.

## *MOVILIZACIÓN DE LOS HOMBRES DE BUENA VOLUNTAD*

Pero, ¿la opinión pública se percata acaso de esta victoria de forma demasiado rápida y un poco ligera? Vosotros, que seguís de cerca estas miserias, sabéis que el progreso está todavía lejos de haber dado todos sus frutos, y que los esfuerzos no deben ser disminuidos. El mal está sitiado, pero se trata de detectar, sin demora, a los enfermos, de aplicarles rápidamente los cuidados

apropiados, de rehabilitarlos plenamente, permitiéndoles una actividad profesional a la medida de sus aptitudes, de reintegrarlos en su familia y en la sociedad; obra menos espectacular, que requiere organización y técnica, simpatía y amor, como recordaba Pío XII. Ha llegado la hora de la abnegación discreta y desinteresada, paciente y perseverante. Más aún, nadie ignora que la lepra aparece y se extiende principalmente en los países que sufren ya un hambre cruel. ¿Cómo van a encontrar, sin ayuda, los medios para procurarse los aparatos costosos o formar al personal cualificado que son necesarios? Tocamos ahí uno de los problemas, y no de los menores, del desarrollo del Tercer Mundo. Es decir, que vuestra obra nada ha perdido de su importancia y de su urgencia; deben continuar movilizando a los hombres de buena voluntad.

## *LA PROMOCIÓN DESINTERESADA DE LOS LEPROSOS*

La Iglesia, por su parte, ha considerado siempre esta obra como un sector privilegiado de la caridad que Cristo le invita a practicar. ¿No es ésta una de las señales de la Buena Nueva del Reino de Dios?: «Los leprosos son curados» (Mt., 11, 5). Y, de hecho, en muchas ocasiones, vemos a Jesús que extiende hacia ellos su mano poderosa para liberarlos y dejarlos limpios para su entorno (cfr. Luc., 5, 12-14; 17, 11-19). El mismo, durante su pasión, que nos disponemos a celebrar, ha sido colocado al nivel de «aquellos ante los cuales se oculta el rostro» (cfr. Is., 53, 3), a fin de que nadie sea privado de la esperanza prometida a los hijos de Dios. Conocéis suficientemente a cristianos admirables, que, siguiendo las huellas del Maestro, han sabido compadecer el sufrimiento de los leprosos, llegando hasta compartir su vida y su suerte para ayudarlos a vivir de pie, y convencerlos del amor muy cercano de Dios; baste evocar a un padre Damián, un Carlos Ferris, un Pedro Donders, un padre Daniel de Samarate... Sí, hoy como ayer, una verdadera comunidad cristiana es la que no duda en consagrar sus fuerzas a rehabilitar a estos hermanos infortunados, reconociéndolos como miembros de Cristo, de pleno derecho... Y Nos nos atrevemos a decir; en una sociedad que se gloria de progreso y de fraternidad, que pretende eliminar la discriminación, ¿no será la promoción desinteresada de los leprosos uno de los medios para probar una civilización verdaderamente cristiana?

(«O. R.», 74-75; original francés;  
traducción de ECCLESIA.)

# EXIGENCIAS DEL HOSPITAL HOY

## I

### ¿CUAL DEBE SER EN ESTE MOMENTO HISTORICO LA POSICION DE LOS RESPONSABLES DE HOSPITAL?

Por JOSÉ FIGUEROLA

*Catedrático de Administración de Empresas  
y asesor de los hermanos de san Juan de Dios*

Cualquiera que sea el planteamiento teórico de que se parta para analizar la situación actual de los Hospitales o para configurar una concepción de lo que deberían ser, es del todo punto indiscutible que:

- desde la situación actual a otra situación futura mucho más perfecta —cualquiera que sean los rasgos específicos que se definan para este estado futuro— habrá que pasar por un procedimiento continuo, progresivo: mediante una evolución y no mediante saltos.
- este proceso evolutivo exigirá necesariamente (a) mucho tiempo, (bastantes años); (b) la contribución de grandes dosis de imaginación por parte de los responsables del gobierno de las instituciones hospitalarias; (c) una decidida y perseverante voluntad de cambio por parte de las personas que laboran en el hospital.
- en el momento actual —sin necesidad de elaborar nuevas concepciones teóricas sobre cómo debería ser el hospital— hay suficientes esfuerzos de pensamiento para identificar numerosísimos aspectos que deben mejorar y perfeccionarse.
- aunque no se descubrieran nuevos enfoques teóricos, los responsables del gobierno de los hospitales tienen por delante una tarea de replanteo y perfeccionamiento tan plena, atractiva y ardua como para necesitar de toda su capacidad de cambio y transformación y de toda su potencia de acción durante unos cuantos años.
- en la actualidad es posible (aparte de cualquier nueva consideración teórica) y, si no se quiere perder más tiempo, conveniente, diseñar para cada hospital particular un plan de acción lo suficientemente extenso y

ambicioso como para mantener a sus hombres al límite de su capacidad creadora por un número de años que, en ningún caso puede estimarse inferior a cinco a seis.

- puesto que toda transformación profunda de una institución empieza necesariamente con una transformación profunda del modo de pensar de los hombres que lo gobiernan, es de todo punto evidente que nunca los hospitales saldrán de un estado actual sin que los hombres que los dirijan hayan empezado a transformar de modo positivo y creador sus esquemas de ideas, sus capacidades, predisposiciones y actitudes.
- aunque se dispusiera de una nueva teoría sobre el hospital lo que habría que hacer ahora sería exactamente lo mismo que lo que hay que hacer sin disponer de aquella nueva formulación: empezar de modo decidido el perfeccionamiento de los hombres que dirigen cada hospital haciendo que:
  - desarrollen una visión integrada del sistema sanitario y asistencial y del papel peculiar de cada una de las instituciones que lo componen.
  - sean capaces de plantear una acción eficaz adecuada a las capacidades, limitaciones y rasgos de la propia institución y a las necesidades y características del entorno en que ésta actúa.
  - profundicen en la comprensión de la organización propia de un hospital, de sus fundamentos, de sus rasgos específicos y de su estilo de gobierno.
  - identifiquen los principios y criterios del modo de hacer de la dirección de empresas aplicables a su misión específica.

— seleccionen y adapten los métodos y técnicas usadas y experimentadas en la administración de empresas a su labor específica.

— profundicen en el conocimiento de los efectos de sus acciones sobre el comportamiento como un todo del hospital en que ejercen su función.

— adquieran una conciencia más plena de sus capacidades y de su papel e influencia en la construcción de un hospital más idóneo y capaz.

— perfeccionen su calidad de líderes, a fin de conducir a los hombres de su institución al esforzado cumplimiento, y logro de sus responsabilidades personales y de los objetivos de aquélla.

— amplíen su conocimiento y comprensión del quehacer de los otros colegas en el gobierno del hospital.

— desarrollen la necesaria habilidad, imaginación y disposición de aprender de aquéllos y de hacerles partícipes de las propias experiencias y puntos de vista.

— entren en comunicación con actitudes, principios y habilidades que caen más allá de su experiencia habitual.

— ensanchen el horizonte de sus percepciones como corresponsables del gobierno de un hospital, saliendo de los esquemas mentales habituales.

— desarrollen el hábito de análisis de situaciones complejas en el seno de los hospitales, de formulación de diagnósticos y de toma de decisiones.

— identifiquen los principios en los que basan su esquema de toma de decisiones, formulen sus creencias profesionales más arraigadas, reconozcan sus limitaciones, las expongan al influjo de otros principios alternativos, comprueben su solidez y debilidades y adquieran confianza en su utilización.

— configuren un modo de pensar científico orientado a la acción práctica.

- Para conseguir esta transformación de los hombres de dirección no puede hacerse de cualquier modo. Hay que diseñar planes específicos y dedicar abundantes recursos de tiempo y de dinero. Esta dedicación de recursos es la más rentable y la única que abre el camino a una real transformación de los hospitales.
- Estos planes específicos pensados para la transformación de los hombres de dirección han de tener en cuenta los siguientes principios:

*El perfeccionamiento de las instituciones hospitalarias y el de sus hombres son inseparables*

El perfeccionamiento de una organización y el perfeccionamiento profesional de su personal están íntima

y recíprocamente ligados. De tal modo que el perfeccionamiento de este último es condición necesaria para el de aquélla; al que debe necesariamente preceder. De tal modo que, si el perfeccionamiento del personal no va seguido, de modo más o menos inmediato, de una mejora de las cualidades de la organización, aquél es cada vez más difícil, pierde impulso y, finalmente, se para.

De aquí que esté condenado al fracaso cualquier intento de mejorar una organización que no empiece por mejorar a aquellos de entre sus hombres que tienen misión de gobierno y, por este motivo, misión de liderazgo.

*Conocer lo que otros han hecho en condiciones análogas es algo que la prudencia exige y a lo que el método científico obliga*

Tanto por consideraciones científicas como de elemental prudencia, es necesario conocer lo que han hecho otros en condiciones análogas, antes de pretender emprender una acción encaminada al perfeccionamiento de las instituciones hospitalarias.

Lo contrario sería renunciar, en materia de suyo difícil, a la experiencia de otras personas e instituciones; sería también un acto de notable presunción, por suponer que lo que otros han elaborado con esfuerzo y años tiene un valor despreciable frente a lo que uno mismo, quizá con no mayor experiencia y con menor esfuerzo, ha pensado.

En la toma progresiva de sus decisiones, los responsables de la marcha de una organización hospitalaria deben acudir a la experiencia de otras instituciones que han vivido los mismos problemas y otros muy comparables; a fin de enriquecer el propio punto de vista, en vez de pretender reinventar fórmulas ya en uso y avaladas por una práctica.

*Para que la experiencia de otros sea útil a una organización hospitalaria, ésta ha de llegar al nivel de madurez que supone percibir sus propias capacidades y limitaciones*

Para cualquier entidad dotada de la capacidad de decisión libre, la primera condición para el progreso es un cierto conocimiento de sí misma; conocimiento que crece y profundiza con el tiempo y el esfuerzo; pero que siempre precede a cualquier acto de voluntad orientado al crecimiento.

En último término, nadie puede sustituir la decisión de la propia organización en el proceso de su perfeccionamiento progresivo; y esta decisión no puede tener la cualidad de responsable si falta un mínimo de capacidad de percibir sus propias capacidades y limitaciones.

*El perfeccionamiento de una institución hospitalaria y de su personal son cosas que sólo pueden resolverse dentro de una perspectiva de largo plazo.*

Tanto el perfeccionamiento del personal, como el estudio de lo que otras instituciones han hecho, como el conocimiento de la propia institución, como el perfeccionamiento de la propia institución son cosas que sólo pueden resolverse dentro de una perspectiva de esfuerzo continuado a lo largo de varios años.

*Para perfeccionar una institución hospitalaria y su personal, no basta conocer la experiencia de otros ni percibir objetivamente las propias capacidades y limitaciones; es necesario proceder de acuerdo con las características de cada institución individual y siempre de modo ordenado y sistemático*

El cambio de una organización no puede planificarse con detalle ni dentro de un esquema rígido; pero tampoco puede dejarse al azar ni a la improvisación: ha de ser objeto de un plan de acción elástico y pensado de modo expreso para cada organización individual.

## II

### ADMINISTRACION HOSPITALARIA

Se ha intentado a menudo definir el contenido propio del *oficio* y tareas que corresponden a la administración, considerándola como una actividad separada de las funciones técnicas de asistencia sanitaria, tratamientos y finanzas.

Últimamente se ha llegado al convencimiento de que la administración se refiere a un considerable número de variables interdependientes. A medida que la organización de los hospitales resulta más compleja, aumenta, sin duda alguna, el número de estas variables, siendo entonces más difícil detectar los efectos secundarios que origine un cambio en el tratamiento de un campo específico de responsabilidad administrativa.

Ciertamente, son muchos los problemas que hay que resolver. Algunos buscan la solución en los cambios que se producen en la *estructura* de las organizaciones y en aquellos puntos en que autoridad y responsabilidad se polarizan. Otros esperan llegar al mismo resultado perfeccionando la calidad de las decisiones con nuevas ideas tecnológicas y con la utilización de modernos métodos de proceso de datos. Por el contrario, otro sector confía resolver estos mismos problemas concentrando su atención en las *relaciones humanas*. Con todo, el punto crucial que debemos considerar es que resulta absolutamente imposible separar los aspectos estructurales, tecnológicos y humanos, puesto que todos ellos se relacionan muy estrechamente.

El conocimiento de los hechos citados anteriormente debe situar al que administre en condiciones de comprender que no es fácil encontrar respuestas simples a problemas tan complejos; pero al mismo tiempo, al admitir esta realidad, y utilizar prudentemente la ciencia disponible, deberá permitir que las respuestas sean mucho más precisas y valiosas.

Por JUAN LUIS ALABERN

administrador del hospital san Juan de Dios. Barcelona

Aceptaremos, por consiguiente, como elementos constitutivos, de la administración hospitalaria o empresarial, los siguientes como básicos:

- planificación
- organización
- dirección
- control

Sin duda, la planificación es el cometido más importante de toda gestión.

Una planificación sistemática es la mejor aportación que cualquier gerencia puede ofrecer al crecimiento y desarrollo de su hospital. Se parte de la previsión de posibilidades y del establecimiento de programas en función de estas posibilidades.

Mediante un control *ex-ante* y *ex-post* se mantiene constante atención sobre la evolución de las circunstancias, se revisan continuamente los presupuestos básicos en que los planes descansan y, llegado el caso, se establecen nuevos planes.

Respecto a la organización, podríamos decir que, la estructura de una organización es el marco fundamental en el que se desarrolla la toma de decisiones de los directivos. La calidad y naturaleza de las decisiones adoptadas viene determinada por la naturaleza de su organización y por su estructura. La organización, como elemento de gestión, se ocupa de agrupar las actividades para alcanzar los objetivos del centro hospitalario, de asignar estas actividades a los departamentos correspondientes y de disponer lo necesario para que las funciones de autoridad, delegación y coordinación se desarrollen eficazmente.

La dirección del personal exige que administradores y gerentes guíen y motiven a sus subordinados, transmitan las instrucciones y se comuniquen, asegurando la

*El perfeccionamiento de una institución hospitalaria y de su personal son cosas que sólo pueden resolverse dentro de una perspectiva de largo plazo.*

Tanto el perfeccionamiento del personal, como el estudio de lo que otras instituciones han hecho, como el conocimiento de la propia institución, como el perfeccionamiento de la propia institución son cosas que sólo pueden resolverse dentro de una perspectiva de esfuerzo continuado a lo largo de varios años.

*Para perfeccionar una institución hospitalaria y su personal, no basta conocer la experiencia de otros ni percibir objetivamente las propias capacidades y limitaciones; es necesario proceder de acuerdo con las características de cada institución individual y siempre de modo ordenado y sistemático*

El cambio de una organización no puede planificarse con detalle ni dentro de un esquema rígido; pero tampoco puede dejarse al azar ni a la improvisación: ha de ser objeto de un plan de acción elástico y pensado de modo expreso para cada organización individual.

## II

### ADMINISTRACION HOSPITALARIA

Se ha intentado a menudo definir el contenido propio del *oficio* y tareas que corresponden a la administración, considerándola como una actividad separada de las funciones técnicas de asistencia sanitaria, tratamientos y finanzas.

Últimamente se ha llegado al convencimiento de que la administración se refiere a un considerable número de variables interdependientes. A medida que la organización de los hospitales resulta más compleja, aumenta, sin duda alguna, el número de estas variables, siendo entonces más difícil detectar los efectos secundarios que origine un cambio en el tratamiento de un campo específico de responsabilidad administrativa.

Ciertamente, son muchos los problemas que hay que resolver. Algunos buscan la solución en los cambios que se producen en la *estructura* de las organizaciones y en aquellos puntos en que autoridad y responsabilidad se polarizan. Otros esperan llegar al mismo resultado perfeccionando la calidad de las decisiones con nuevas ideas tecnológicas y con la utilización de modernos métodos de proceso de datos. Por el contrario, otro sector confía resolver estos mismos problemas concentrando su atención en las *relaciones humanas*. Con todo, el punto crucial que debemos considerar es que resulta absolutamente imposible separar los aspectos estructurales, tecnológicos y humanos, puesto que todos ellos se relacionan muy estrechamente.

El conocimiento de los hechos citados anteriormente debe situar al que administre en condiciones de comprender que no es fácil encontrar respuestas simples a problemas tan complejos; pero al mismo tiempo, al admitir esta realidad, y utilizar prudentemente la ciencia disponible, deberá permitir que las respuestas sean mucho más precisas y valiosas.

Por JUAN LUIS ALABERN

administrador del hospital san Juan de Dios. Barcelona

Aceptaremos, por consiguiente, como elementos constitutivos, de la administración hospitalaria o empresarial, los siguientes como básicos:

- planificación
- organización
- dirección
- control

Sin duda, la planificación es el cometido más importante de toda gestión.

Una planificación sistemática es la mejor aportación que cualquier gerencia puede ofrecer al crecimiento y desarrollo de su hospital. Se parte de la previsión de posibilidades y del establecimiento de programas en función de estas posibilidades.

Mediante un control *ex-ante* y *ex-post* se mantiene constante atención sobre la evolución de las circunstancias, se revisan continuamente los presupuestos básicos en que los planes descansan y, llegado el caso, se establecen nuevos planes.

Respecto a la organización, podríamos decir que, la estructura de una organización es el marco fundamental en el que se desarrolla la toma de decisiones de los directivos. La calidad y naturaleza de las decisiones adoptadas viene determinada por la naturaleza de su organización y por su estructura. La organización, como elemento de gestión, se ocupa de agrupar las actividades para alcanzar los objetivos del centro hospitalario, de asignar estas actividades a los departamentos correspondientes y de disponer lo necesario para que las funciones de autoridad, delegación y coordinación se desarrollen eficazmente.

La dirección del personal exige que administradores y gerentes guíen y motiven a sus subordinados, transmitan las instrucciones y se comuniquen, asegurando la

coordinación de actividades, a fin de que se puedan alcanzar los objetivos del hospital. La dirección entraña, por tanto, la seguridad de que empleados y colaboradores realicen las tareas que se les han encomendado, ya que a todos los niveles se entrecruzan las relaciones laborales, y tienen que ser dirigidas si queremos que, efectivamente, se cumplan las relaciones del trabajo. A este fin se pueden utilizar técnicas para motivar ade-

cuadamente al personal y animarles a realizar sus funciones.

El control, finalmente, es uno de los elementos de las tareas directivas que lleva consigo la medición y corrección de las realizaciones de los subordinados, con el fin de asegurar que tanto los objetivos del hospital como los planes para alcanzarlos se cumplen eficaz y económicamente (al menor coste).

### III

## EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL EN EL HOSPITAL

Por ALFONSO MENDIOROZ, O. H.

El hermano Alfonso Mendioroz —Jefe de Personal del Hospital San Juan de Dios de Barcelona— nos traza en forma sintética las líneas maestras de su alcance y funcionamiento:

«El Departamento de Personal en las Empresas es casi de reciente fundación, sobre todo en nuestro país, y cuando lo tienen no acaba todavía de encajar a pesar de que no se puede negar su importancia; tenemos confianza de que poco a poco se irá imponiendo.

La organización científica del trabajo ha llevado a una alteración del ritmo productivo y por tanto a una carrera competitiva más intensa, las dimensiones de las Empresas se han ampliado.

Han aumentado los servicios, las líneas de mando, la plantilla de trabajadores. Con todo ello las Empresas han adquirido una nueva fisonomía, que es la típica de la era tecnológica en la que nos toca vivir.

Todas estas causas, y otras muchas más, han llevado a los trabajadores dentro de la Empresa a un aislamiento cada vez mayor, especialmente a los trabajadores de los estratos más bajos en la estructura empresarial.

Múltiples niveles los separan del vértice de la pirámide empresarial, así como muchos obstáculos se interponen entre el trabajador y los compañeros que operan a su mismo nivel; vertical y horizontalmente aislado, ignorado su trabajo y cuál es su contribución personal para el logro de los objetivos de la empresa.

Cuanto más humilde y limitado es su trabajo, tanto mayor es la sensación de aislamiento que agudiza y perjudica sensiblemente el desarrollo en el personal y el logro de una activa colaboración.

Las técnicas de Dirección de Personal tratan de suplir los inconvenientes de una expansión interna acompañada de un tecnicismo siempre mayor, examinando atentamente todo lo que puede contribuir a una integración y satisfacción mayor del propio personal.

Dada pues la complejidad de las Empresas y la deshumanización que aun sin quererlo, pueden y de hecho

caen, el Departamento de Personal sale al paso de todo ello cultivando las relaciones humanas que tanta importancia tienen en nuestro mundo actual.

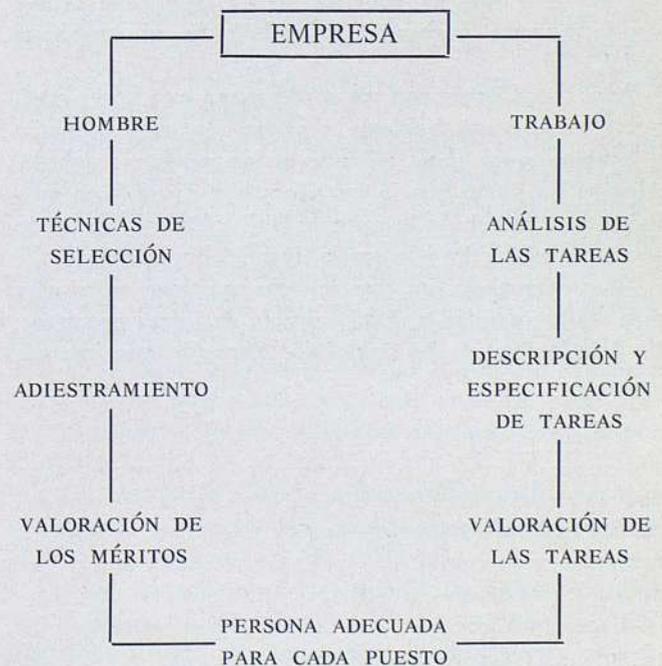
### FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

*El Departamento de Personal tiene como funciones a desarrollar:*

- Conducción del Personal
- Selección
- Formación
- Promoción

Con todo ello el Departamento de Personal trata de hallar la persona adecuada para cada puesto.

Esquema a seguir:



coordinación de actividades, a fin de que se puedan alcanzar los objetivos del hospital. La dirección entraña, por tanto, la seguridad de que empleados y colaboradores realicen las tareas que se les han encomendado, ya que a todos los niveles se entrecruzan las relaciones laborales, y tienen que ser dirigidas si queremos que, efectivamente, se cumplan las relaciones del trabajo. A este fin se pueden utilizar técnicas para motivar ade-

cuadamente al personal y animarles a realizar sus funciones.

El control, finalmente, es uno de los elementos de las tareas directivas que lleva consigo la medición y corrección de las realizaciones de los subordinados, con el fin de asegurar que tanto los objetivos del hospital como los planes para alcanzarlos se cumplen eficaz y económicamente (al menor coste).

### III

## EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL EN EL HOSPITAL

Por ALFONSO MENDIOROZ, O. H.

El hermano Alfonso Mendioroz —Jefe de Personal del Hospital San Juan de Dios de Barcelona— nos traza en forma sintética las líneas maestras de su alcance y funcionamiento:

«El Departamento de Personal en las Empresas es casi de reciente fundación, sobre todo en nuestro país, y cuando lo tienen no acaba todavía de encajar a pesar de que no se puede negar su importancia; tenemos confianza de que poco a poco se irá imponiendo.

La organización científica del trabajo ha llevado a una alteración del ritmo productivo y por tanto a una carrera competitiva más intensa, las dimensiones de las Empresas se han ampliado.

Han aumentado los servicios, las líneas de mando, la plantilla de trabajadores. Con todo ello las Empresas han adquirido una nueva fisonomía, que es la típica de la era tecnológica en la que nos toca vivir.

Todas estas causas, y otras muchas más, han llevado a los trabajadores dentro de la Empresa a un aislamiento cada vez mayor, especialmente a los trabajadores de los estratos más bajos en la estructura empresarial.

Múltiples niveles los separan del vértice de la pirámide empresarial, así como muchos obstáculos se interponen entre el trabajador y los compañeros que operan a su mismo nivel; vertical y horizontalmente aislado, ignorado su trabajo y cuál es su contribución personal para el logro de los objetivos de la empresa.

Cuanto más humilde y limitado es su trabajo, tanto mayor es la sensación de aislamiento que agudiza y perjudica sensiblemente el desarrollo en el personal y el logro de una activa colaboración.

Las técnicas de Dirección de Personal tratan de suplir los inconvenientes de una expansión interna acompañada de un tecnicismo siempre mayor, examinando atentamente todo lo que puede contribuir a una integración y satisfacción mayor del propio personal.

Dada pues la complejidad de las Empresas y la deshumanización que aun sin quererlo, pueden y de hecho

caen, el Departamento de Personal sale al paso de todo ello cultivando las relaciones humanas que tanta importancia tienen en nuestro mundo actual.

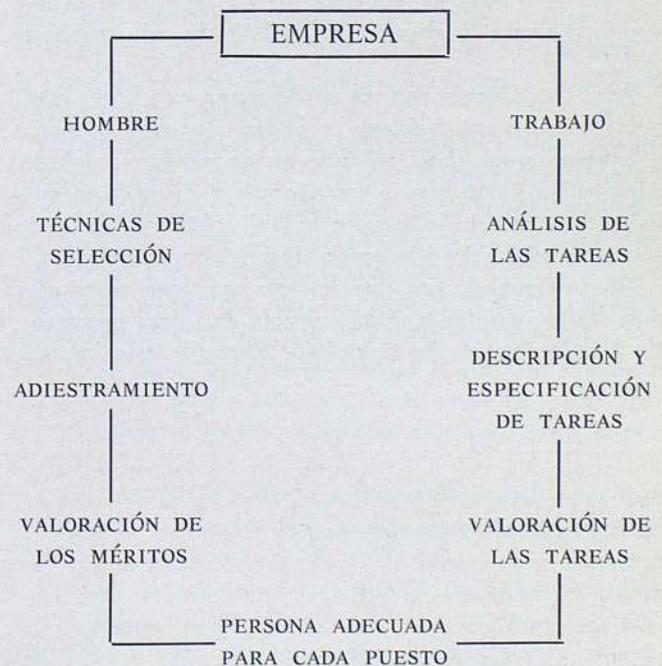
### FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

*El Departamento de Personal tiene como funciones a desarrollar:*

- Conducción del Personal
- Selección
- Formación
- Promoción

Con todo ello el Departamento de Personal trata de hallar la persona adecuada para cada puesto.

Esquema a seguir:



Funciones administrativas y legales.

El Departamento de Personal de una empresa no es el juez fiscalizador a quien todos temen, es un Departamento que cuida de las relaciones humanas; es además llamado *staff*, no tiene mando directo sobre ningún trabajador, ya que cada uno debe depender de un solo jefe, de quien reciba sus instrucciones y correcciones. El Departamento de Personal tiene como misión fundamental crear políticas a seguir, tanto en la

- Selección
- Formación y Promoción
- Salarios

como en el acoplamiento de los trabajadores en sus puestos y problemas sociales propios y familiares.

Aquel Departamento que logre crear y llevar a la práctica unas buenas políticas, habrá cumplido con su misión».

### DEBE RESPLANDECER LA JUSTICIA

Queremos completar la interesante aportación del hermano Alfonso haciendo hincapié en la consideración de que un Departamento de Personal en un Hospital dirigido por católicos debe distinguirse por su sensibilidad en materia de justicia.

El sector de la justicia no es el más importante y no podemos darle la primacía. Esto hay que repetirlo mucho porque hoy existe un desenfoco de valores; pero es el problema más sensible para el alma del mundo de hoy y cualquier problema que se presente al mundo actual, sin llevar soluciones concretas en este terreno se encuentra fuera de la historia.

Es tal el cúmulo de injusticias en que el mundo vive que hoy por hoy lo más urgente es la justicia social, siendo nuestra generación sensibilísima al problema social.

Para entenderme con un sordo tengo que hacer cualquier cosa menos hablarle a gritos. En materia social es preciso tener sumo cuidado en no perder la cabeza. Alguien ha dicho que la justicia social es un vino muy fuerte que se sube a la cabeza. Hablando con un sordo se acaba hablando a lo sordo. Hace falta equilibrio.

Nuestro mundo, en este terreno más que en ningún otro, exige realidades. Está cansado de falsas promesas. La Iglesia docente ha cumplido. Ahora lo que importa

son realizaciones. Y aquí está nuestra gran tarea, la misión del Evangelio en esta hora hermosa que nos ha tocado vivir.

El cristianismo no podrá entenderse con el mundo de hoy sin solucionar, en la medida de lo posible, el problema social.

Los cristianos somos muy sensibles para muchas cosas, bagatelas muchas veces, a las que el mundo es insensible. Consecuencia: estamos en dos mundos totalmente distintos y asistimos a un diálogo entre sordos. ¡Qué papel estamos realizando como Iglesia!

Nos lo advierte Juan XXIII en la *Mater et Magistra*: «Volvemos a afirmar, ante todo, que la doctrina social cristiana es una parte integrante de la concepción cristiana de la vida».

El Departamento de Personal de un Hospital regido por católicos tiene que demostrar con su política, que el factor humano tiene la primacía en su finalidad, realizando aquellos cambios estructurales e institucionales de orden social que miren al respeto de la integridad de la persona humana de todos sus trabajadores.

Debe introducir aquellas medidas positivas que tiendan a la satisfacción de las necesidades psicológicas y morales de los médicos, enfermeras y demás personal. Para conseguir que la técnica, la organización y la automatización estén al servicio del enfermo y de todo el personal del Hospital.

No podemos ponernos una venda en los ojos. El comunismo nos acusa de no haber sabido obrar de acuerdo con los principios del Evangelio y que hay que buscar otros caminos.

Si somos conscientes de nuestra responsabilidad tenemos que emplear todo aquello que sirva para que los médicos, ATS, el conserje, la telefonista y el encargado de la calefacción se sientan integrados en el Hospital, formen una comunidad y cultiven su adhesión a ella.

La moral social y la sociología —dice el sabio redentorista alemán Padre Haring— tienen hoy día ante sí el cometido capital de investigar qué situaciones y qué disposiciones exigen reforma; qué condiciones sociales y económicas deben abolirse o fomentarse para que la vida religiosa y moral pueda desarrollarse vigorosamente.\*

Seleccionó y presenta:  
F. SOLA O.H.

\* La ley de Cristo —II— Ed. Herder 1964, pág. 411.

# EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (VIII)

## A modo de conclusión y síntesis

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

Al final de este ensayo sobre el Sacramento de la Unción, más que un resumen y reflexión de las ideas principales, expuestas en anteriores páginas, queremos destacar algunas vertientes que incorporan al enfermo y el Sacramento a Cristo, a la sociedad y a la Iglesia en una visión que culmina en la proyección escatológica cristiana de la enfermedad.

Nos proponemos solamente exponer lo que propiamente se refiere al Sacramento de la Unción. La doctrina teológica de estas ideas puede consultarse en publicaciones de la especialidad.

Quisiéramos advertir que uno de los valores más preciados de estas orientaciones es, sin ningún género de dudas, el pastoral. Se busca directamente la comprensión del Sacramento de la Unción en unas necesidades y, a su vez, en unas mejoras pastorales.

Estamos pensando en quienes están encargados de conferir el Sacramento y en sus aspiraciones de conseguir centrar su celebración en un clima de perfecta sintonización con las aspiraciones del enfermo, consciente de su vida cristiana, y de las exigencias que nacen del mismo Sacramento de la Unción.

### ASPECTO ANTROPOLÓGICO DEL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN

Aunque siempre será algo misterioso, hemos podido constatar, guiados por la fe y consiguientemente desde

una visión cristiana, el contacto existente entre un cristiano enfermo y Cristo.

Como en tiempos de su vida mortal, Cristo sigue encontrándose con las personas, bautizadas en su día, que constatan en su ser alteraciones tan fuertes que sienten está en peligro su propia vida.

Como cuando se encontraba con sus coetáneos y ponía su persona y poderes a su disposición, en nuestro caso, por medio de signos externos: una unción y unas palabras, por las que se nos manifiesta la acción sacramental de Cristo sobre dicho enfermo en el que se producen los efectos ya señalados.

Como este estado, en sentido humano, influye potentemente en la vida de la persona, se puede comprender la razón por la que Cristo, que se propuso continuar sus encuentros personales con nosotros en los momentos más importantes, ha instituido un sacramento, una posibilidad de encuentro, para los enfermos. Son momentos realmente críticos, en particular para el interesado. Por eso Cristo, que se propuso y sigue decidido a ayudar a los hombres, quiere un sacramento para los enfermos; por encontrarse en una dificultad especial, causada por la enfermedad.

Es la caridad de Cristo, quien conoce muy bien que el hombre, por causa del pecado, necesita una ayuda especial en su situación de enfermo.

Cristo, consecuente a la lógica de la Redención que se planteó, si vino a redimir el pecado, se propuso también todo lo que está unido y es consecuencia del mis-

mo. Esta liberación, que en el momento final, en la parusía, será perfecta, misteriosamente se va efectuando ya durante esta vida terrena. Respecto a la enfermedad se consigue con una acción propia y especializada: al conferir el Sacramento de la Unción de los enfermos.

En esta acción personal de Cristo, misteriosa, pero indicada por la sacramentalidad, advertimos, si observamos que el enfermo se ha encontrado con Cristo, que dicho encuentro se ha realizado por medio de la fe. Fundamentado en ella, el enfermo recibe esa presencia dinámica de Cristo que santifica y da al paciente grave la auténtica y real situación de cristiano, en la difícil coyuntura de la vida en que se encuentra.

En estos encuentros de Cristo con el enfermo se ha de señalar ante todo el aspecto personal que encierran. Al decir personal, queremos destacar que ha de ser realizado con conciencia de plena aceptación en clima de libertad. La parte antropológica del sacramento de la Unción corresponde al enfermo, que ha de procurar tener conciencia de que ha de actuar con la máxima intensidad.

Es un diálogo personal, no lo olvidemos nunca. Por lo tanto depende la mayor o menor eficacia de la acción sacramental de la Unción, de la intensidad y cooperación responsable de cada parte; la de Cristo ciertamente es perfecta.

Es un encuentro interpersonal con aspectos externos —los signos sacramentales— y con aspectos internos: la fe ante todo del enfermo que recibe el sacramento y la gracia sacramental de Cristo.

Es un encuentro a nivel humano y a nivel de fe. Sobre todo desde este segundo punto de vista, porque específicamente por él se realiza el modo de unirse el enfermo con la acción sacramental de Cristo en el momento de la Unción.

### *LA FENOMENOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN CON EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN*

A nuestro juicio nos hemos colocado a las puertas del Sacramento de la Unción para captar con claridad y nitidez lo que encierra de salvación y liberación en el cuadro, más general, de la Redención de Cristo.

Damos por expuesto el sentido psicológico, biológico del enfermo y de sus repercusiones sociales, de la enfermedad, o mejor aún, del enfermo.

La enfermedad, al debilitar física e internamente la persona, nos descubre, de manera palmaria, la limitación humana y la falta de base a la hora de poner en ella toda nuestra confianza y seguridad.

El valor que más estimamos es, sin duda, la propia vida, como fundamento de todos los demás valores. Por eso el enfermo, en su interior, cuestiona la validez de numerosos aspectos de su vida, porque no le sirven

desde el momento que están destinados para la vida, y ésta se encuentra en el grave trance de ser perdida.

Tal es, sin duda, la consecuencia psico-biológica de la enfermedad. Es un momento en el que el enfermo analiza su situación, iluminado por la fe, espoleado e impulsado por su tendencia de conservación, sintiendo la necesidad urgente de un replanteamiento de su posición.

Todo quedaría más claro si esta situación tuviera, para el enfermo, un sentido, supiera darle una explicación, su interpretación respondiera a unos valores beneficiosos para su persona como ser humano y como cristiano. Todo ello Cristo está dispuesto a dárselo en el Sacramento de la Unción.

### *LOS SACRAMENTOS: ACCIONES DE CRISTO*

Todos conocemos que el sacerdote que confiere la Unción es el ministro, que obra y habla en nombre de Cristo. Consiguientemente la Unción sacramental no es algo que se le da al enfermo; más bien es una acción que realiza Cristo.

De esta manera y de una vez para siempre, descartamos toda significación o interpretación mágica que se pueda atribuir al Sacramento de la Unción. Por la misma razón el rito sacramental solamente tiene importancia en la medida que es una manifestación. La verdadera realidad cristiana de la Unción de los enfermos está en algo más real e inmensamente superior, aunque sea misterioso y por eso se necesita de la fe para captarlo.

Por medio de unos ritos extraordinariamente sencillos se señala una inmensa y divina realidad, por la que Cristo mismo se comunica personalmente con el cristiano enfermo. Es una liberación aplicada por la acción sacramental que produce en los enfermos la Redención de Cristo.

### *LA VIDA SOCIAL Y LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS*

Nuestra época moderna, impulsada por su organización e institucionalización, descentra la problemática del hombre en sectores separados y, hasta casi se diría, desconectados los unos de los otros.

La especialidad de las personas, sobre todo en los centros de técnica depurada como los hospitales, clínicas, residencias de ancianos, entre las numerosas ventajas que tiene, causa algunas deficiencias que tienen sus repercusiones tanto humanas como espirituales.

Nosotros mismos nos estamos acostumbrando y aceptamos desligar nuestra vida y sus realizaciones en divisiones como aspectos que se suceden, perdiendo, en parte, la unidad de nuestra persona.

El enfermo advierte que es separado de la sociedad viva y trabajadora. Se da cuenta que esta separación

va implicada en la situación de enfermo en que se encuentra.

Por descontado que es para su bien y su mejor asistencia sanitaria, pero no se puede negar que la sociedad, consciente de cumplir sus obligaciones por medio de los encargados del servicio, se desentiende notablemente de la situación.

La acomodación del enfermo en lugares adaptados particularmente a su curación y medicación, le desconectan de la vida social y del compromiso que la sociedad ha contraído con sus miembros necesitados. El que le delegue a un grupo de especialistas preparados por ella misma con esta finalidad, confirma aún más lo que venimos explicando.

No es nuestra pretensión enjuiciar en este momento esta resolución, es posible que sea la más perfecta dentro de las deficiencias que llevan consigo las obras de los hombres.

Con esto queremos apuntar al aspecto comunitario de la Unción de los enfermos. Situados estos fuera de su contexto o ambiente social en donde han desarrollado su vida y en un lugar en donde rigen normas restrictivas de entrada, se advierte la dificultad, por no decir la imposibilidad, de dar un carácter de participación comunitaria, eclesial, a este importante y delicado momento de la vida de un miembro de la comunidad. Es, sin duda alguna, el Sacramento más perjudicado en cuanto a la vivencia del aspecto comunitario se refiere. Es una laguna que nos hemos de proponer suprimir, tanto más cuanto lo societario y lo comunitario están ganando terreno rápidamente en todos los sectores y especialmente en la Iglesia de Cristo, sobre todo desde el Concilio Vaticano II.

Se le priva a la Iglesia, como comunidad en la que ha vivido el enfermo, de una participación más amplia, al tenerse que contentar con una representación de un ministro y de un grupo reducidísimo de personas.

Son dificultades serias a la hora de intentar la renovación del aspecto comunitario del Sacramento de la Unción. Pensemos lo lejos que estamos de recibir la Unción en una celebración de la Eucaristía con la participación de toda la comunidad eclesial, según propone la nueva Constitución de Pablo VI.

Desde otro punto de vista, pero siempre en este aspecto social, el enfermo advierte que es una carga para los demás. Por muchos cuidados que se le procuren o, precisamente por ver y observar que necesita de numerosas atenciones, siente una profunda desilusión de sí mismo: tiene suspendida, limitada una de las tendencias más profundas de la persona: el actuar, obrar, realizar, condenado como está a la inactividad y pasividad. Cuanto más grave es la enfermedad, estando más cerca de la muerte, más agudo es este sentimiento y por eso mayor depresión o conciencia de limitación existe en él.

La enfermedad es un estado entre la vida y la muerte. No puede menos el enfermo de comprender que está actuando en él un desorden, ya que siente vitalmente

haber nacido para la alegría y la vida, no para la enfermedad. Su estado de ánimo tiene mucho de pena, de angustia.

Finalmente la enfermedad como anuncio de la muerte, se quiera o no, y como posesión de una debilidad física, está limitando o anunciando la limitación de la libertad humana, porque está impedido de hacer lo que en mejores condiciones, sería libre de realizarlo.

En la Constitución de la Iglesia, LG 11, se expresa con toda claridad esta característica comunitaria del Sacramento de la Unción:

«Con la Unción de los enfermos y la oración de los presbíteros, 'toda la Iglesia' encomienda los enfermos al Señor paciente y glorificado, para que los alivie y los salve (cf Sant 5, 14-15), e incluso les exhorta a que, asociándose voluntariamente a la pasión y muerte de Cristo (cf Rom 8, 17; Col 1, 24; 2 Tim 2, 11-12; 1 Pe 4, 13), contribuyan así 'al bien del Pueblo de Dios'».

El texto del Vaticano II, además de señalar la participación activa de la Comunidad, incluye la otra vertiente de este aspecto comunitario, al destacar el final del texto los beneficios que redundan en ventaja de la misma Iglesia, procurados por quien ha recibido el sacramento.

Para la misma vida cristiana, por lo menos para algunos aspectos de su ejercicio, por lo general, es un impedimento, un obstáculo. Una vida perfectamente cristiana se desarrolla, de ordinario, en una situación física buena.

También por esta vertiente, desde el mismo enfermo, se concluye el aspecto comunitario del Sacramento de la Unción. Sus efectos de alivio y fortalecimiento constituyen la aportación de la comunidad eclesial a uno de sus miembros que se encuentra en una particular y difícil situación.

Pero desgraciadamente, para conseguir esta doble ventaja que apunta el Concilio LG 11, se han creado dificultades notables para que la sociedad y la experiencia personal se enriquezcan con una buena y esperada participación. Ya en sí misma la enfermedad encierra dificultades a la hora de hacérsenos familiar.

Por eso su visión teológica, o más exactamente cristiana y eclesial, corregirían esta limitación en la participación comunitaria que pide por su propia naturaleza el Sacramento de la Unción de los enfermos. De esta manera se rectificaría el proceso de desconocimiento de la enfermedad que cada vez está caracterizando la civilización occidental de nuestros días.

## LA IGLESIA Y LOS SACRAMENTOS

Creemos merece ser ampliada la idea de la Iglesia comunidad sacramental. Antes de toda observación referente al Sacramento de la Unción, hemos de analizar que la Iglesia, en cuanto tal, es Sacramento de salvación. Es el Sacramento de salvación universal. La Iglesia está

concebida y organizada esencialmente desde los sacramentos y para comunicar la Redención por medio de ellos. El sacramento es, por consiguiente, parte esencial de la Iglesia; el sacramento hace a la Iglesia. La Iglesia hace el sacramento en cuanto lo administra, pero es más profundo y más consolador el que el sacramento hace a la Iglesia.

Con riesgo de salirnos del tema, merece la pena dar una breve aclaración a esta idea estupenda que tanta luz da a cada sacramento y, lógicamente, al de la Unción de los enfermos.

La Iglesia es una comunidad, o, como se decía hace unos años, una sociedad externo-interna, religiosa; posee una cierta organización y en esa organización existen unos cuadros, creados precisamente por medio de los sacramentos, que es lo que nos interesa para nuestro objetivo. Por ejemplo el bautismo da miembros a la Iglesia; el Orden sacerdotal, pastores. Los sacramentos, pues, forman la Iglesia.

La Unción de los enfermos tiene también este mismo fin: ofrece su aportación para hacer Iglesia. A nadie se le ocurrirá negar que la Iglesia tiene cristianos «enfermos» no tanto por el pecado, que para esta finalidad dispone del Sacramento de la Penitencia, cuanto por la enfermedad psicobiológica, por la debilidad o por la ancianidad. En la Iglesia se da un cuadro que se refiere expresamente a los enfermos, y es una función importantísima, si no absolutamente necesaria, para la Iglesia. En este cuadro eclesial y en esta estructura sacramental se ha de entender y comprender el puesto y la significación de los cristianos enfermos y del Sacramento de la Unción.

### *LA IGLESIA Y EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN*

La prolongación de los encuentros de Cristo que realizó durante su vida mortal por medio de su cuerpo humano, los sigue efectuando a través del tiempo por medio de la Iglesia «cuerpo del Señor» en la tierra.

Si la divinidad de Cristo-Dios se manifiesta a los hombres por medio del cuerpo humano del mismo Cristo, otro tanto sucede con la Iglesia, al ser cuerpo de Cristo y ocupar las veces de su cuerpo mortal.

Damos así un paso más, apuntando a una realidad eclesial maravillosa, como es la presencia de la Iglesia, de toda la Iglesia, a la hora de conferir el Sacramento de la Unción, como cuerpo de Cristo.

Esta función esencial de la Iglesia consiste en que la gracia final de Cristo se hace presente históricamente en «toda» la Iglesia como comunidad visible. La misma comunidad eclesial, Jerarquía y Laicos, es la forma de manifestación de la victoria reportada por Cristo sobre la enfermedad existente en un cristiano de manera peligrosamente grave.

Aunque sea el ministro jerárquico quien realice los ritos sacramentales, como representante de la Iglesia-

cabeza, también está presente la Iglesia-miembros, como pueblo de Dios representativo. Cristo, por medio de la acción funcional del ministro, en una expresión visible de toda la Iglesia, abraza al enfermo y se comunica con él, misteriosa, pero realmente.

No deberíamos olvidar que el enfermo es miembro vivo de la Iglesia. Esta, como Madre comprometida, ha de tomar conciencia, por medio de los que están unidos de alguna manera al enfermo, de la enfermedad y de los sufrimientos de sus hijos.

La ayuda que les puede prestar, la mejor de todas, es la del Sacramento de la Unción, es una necesidad, una exigencia ineludible de su vocación de Madre de todos los miembros del Cuerpo de Cristo. Se evidencia así la responsabilidad seria y comprometida de quienes, representando la Iglesia o viviendo de manera comprometida su vocación cristiana, advierten la necesidad humano-espiritual de un hermano cristiano que se encuentra en los momentos difíciles de enfermedad.

Necesitan estas personas tener conciencia clara de su sentido de Iglesia y de su donación a la misma. Sólo así comprenderán la utilidad y, hasta la exigencia de dar a su hermano una gracia que la Iglesia le tiene, por su medio, preparada.

Aparece, con suficiente claridad, que tiene la Unción de los enfermos, un sentido eminentemente eclesial. Coloca, por así decirlo, al enfermo en la Iglesia en cuanto ésta es presentación terrena de la salvación de Cristo. Por medio de la Unción, la Iglesia vence, en el enfermo que la recibe, al pecado y a una de sus consecuencias más destructoras de la persona humana: la enfermedad.

En la Unción, el cristiano se asemeja a Cristo sufriendo. Por esa misma Unción el enfermo se une a Cristo que consagra, sufriendo, el dolor y, en concreto, la enfermedad. El enfermo que, sabe y acepta con su fe esta doctrina, no puede menos de desear el Sacramento de la Unción.

### *EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN ES EL SACRAMENTO DE LA ESPERANZA ESCATOLÓGICA*

Cuanto venimos diciendo nos está abriendo el camino hacia la visión del valor escatológico del Sacramento de los enfermos. Su administración y aceptación es una manera de participar y acelerar el triunfo final, la victoria completa de Cristo, es ir dando pasos firmes, ciertos, en ese caminar escatológico que culminará en la parusía con la victoria completa de Cristo y de sus miembros, la Iglesia. Cuando llegue ese momento, se realizará plenamente la redención y en consecuencia desaparecerá la enfermedad y la utilidad máxima del Sacramento de la Unción.

Entretanto vamos dando los pasos necesarios. La ilusión cristiana de quien da y de quien recibe el Sacramento es que el enfermo cristiano sepa comprender en

estos momentos lo que significa su participación de Cristo Redentor, de sus dolores y de su muerte; del puesto que la enfermedad ocupa en su vida cristiana y en la vida de la Iglesia; y finalmente el valor de su compromiso cristiano en orden a la respuesta definitiva de su vida, y en llegar a vivir las exigencias que provienen como punto de origen, de su compromiso bautismal.

Participar e incorporarse perfectamente en la muerte y, sobre todo, en la Resurrección de Cristo, reportar en sí mismo la victoria completa por medio de una participación sacramental de Cristo en su Iglesia.

El Sacramento de la Unción, conferido a un enfermo, es la culminación o, si se quiere, la síntesis de una acción compleja por las personas que intervienen, por los sectores que comprende y por las riquezas de diversa índole que procura. Es un todo único en beneficio del enfermo, para ayudarlo a la plena participación de los bienes del Reino.

La curación de la enfermedad o la comprensión de la enfermedad se ha de conseguir en su aspecto físico, psicológico y espiritual. Todos, cada uno desde su punto de vista, ofrecen los medios que, en su campo propio, son los mejores. La Iglesia y para el sector espiritual, tiene y da el Sacramento de la Unción.

Esta interpretación es, además de consolante, esperanzadora. El Sacramento de la Unción no puede concebirse como un sacramento que siembra la tristeza y la desesperación. Su nota característica y el clima en el que se desenvuelve ha de ser el de la esperanza. Esperanza espiritual, por el alivio que procura; esperanza psicológica, física, porque concurre a la curación de la enfermedad, o, por si alguno prefiere más exactitud, a su comprensión, aceptación y utilización en beneficio e interés del mismo enfermo.

El cristiano con una enfermedad grave ha de saber estas cosas, se impone la necesidad de una enseñanza y

formación cristianas de las conciencias sobre estas doctrinas que nos descubre la revelación, para preparar al enfermo a una respuesta serena, personal, libre y consciente, para que se haga capaz de recibir la plenitud del efecto sacramental de la Unción.

Para los encargados de los enfermos se abre una luminosa luz y un quehacer apostólico y ministerial que revaloriza claramente su propia vocación a fin de que puedan procurarse una profunda satisfacción y alegría interior.

Si ante un enfermo la exigencia personal es ayudarlo con amor y caridad en la medida de lo posible, con todos los medios, con todos los recursos y con todas nuestras fuerzas, la caridad cristiana sabe lo puede conseguir con el Sacramento de la Unción, recibido en sus dimensiones y situaciones humano-cristianas que le son propias.

Si asimilamos la caridad de Cristo comprenderemos que Él ama plenamente al enfermo y consiguientemente quiere ayudarlo en la medida de sus posibilidades. Quiere personalmente entrar en contacto con ese miembro enfermo de su Cuerpo. Lo efectúa por medio del Sacramento. Nos necesita para conseguirlo. ¿Quién se va a negar a prestarle la ayuda necesaria?

#### CONCLUSIÓN

El Sacramento de la Unción no agota todas nuestras posibilidades cristianas de servicio a los hermanos enfermos. La práctica cristiana de misericordia: la visita a los enfermos y la variante de la Eucaristía: el Viático, completa esta acción de amor y servicio.

Terminada la exposición del Sacramento de la Unción, emprendemos para los años sucesivos la exposición de estos dos nuevos temas. Así quedará completo lo que la Iglesia ofrece a sus hijos en los momentos de la enfermedad.



## exposición obras de arte hospital San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n.  
(detrás del Parque de Cervantes)  
Autobuses BC y SJ  
Amplio aparcamiento

### Haga y regale una buena obra

Horas de visita:

Laborables de 4 a 9 (tardes)  
Festivos de 10 a 2 (mañanas)

Barcelona, 24 de Noviembre al 5 de Enero

# POSTULADOS ONTOLOGICOS EN LA DINAMICA ASISTENCIAL SANITARIA

Por MANUEL MARCO, O. H.  
Capellán del Hogar-Clinica de San Rafael.  
Maracaibo, Venezuela.

## AMBIENTACION

Somos protagonistas de una época que registra una acusada y vertiginosa transición, entre un pasado que todavía no ha muerto y un futuro, aún no presente, hacia el que caminamos sin detenernos.

Época definida por cierta fluctuación e inseguridad económica, social, política, moral, religiosa, científica y técnica; consecuencia, a la vez que exigencia, de la innata tendencia hacia la superación y perfección del hombre y sus aconteceres.

Si no podemos afirmar que es una época equivocada, sí debemos aceptar que no es del todo equilibrada, que, sin embargo, prosigue su camino hacia la madurez, hacia la plenitud.

Pocas veces en la historia se ha registrado un intento más universal, más libre, más asombroso y audaz para embarcarse en la empresa de alcanzar una plenitud imposible. (Sel. Teol. No. 46).

Yo me pregunto: ¿será acaso utópica tal empresa? ¿Cuando el hombre, la humanidad, ha llegado, llegará a su plenitud?

¿Es el hombre capaz de, ni siquiera, sospechar cuál es y dónde está la meta de su siempre ascensional y progresiva carrera?

En el momento presente, se intenta prescindir de lo objetivo y de lo absoluto sustituyéndolo por lo subjetivo y lo relativo, quizás porque el hombre consiguió descubrir la ley de la relatividad. Pero seguiremos preguntándonos: ¿puede darse, se da, lo subjetivo y lo relativo sin lo objetivo y lo absoluto?

Cierto: sistemas y métodos eficientes hasta ayer ya no sirven o sirven menos hoy y probablemente no serán útiles mañana, aunque siempre cabe la posibilidad de, pasado algún tiempo o tal vez siglos, que vuelvan a ser empleados como una sorprendente novedad. Ej.: la acupuntura...

Lo artificial, no menos que lo natural, está sometido a la evolución. Y, en definitiva, lo que no es eterno está sujeto a mutaciones.

Sigue siendo cierto: «nada nuevo bajo el sol».

A pesar de lo cual, o por lo cual, no es lícito rechazar lo antiguo y pensar que ya no es eficiente, por ser antiguo y aceptar, sin más, que todo lo actual es eficiente por ser actual. Sería absurdo e injusto olvidar un pasado cargado de éxitos, frutos de experiencias, ya que la técnica no siempre sigue a la ciencia sino que en la mayoría de los casos la precede.

Todo lo que puede servirnos de puente es bueno para nosotros.

El presente es un punto de contacto entre la línea del ayer y del mañana.

Nuestra época es un puente entre el pasado y el futuro de la historia, cadena de actos humanos, dinámicamente eslabonados.

Cada logro en la ciencia y en la técnica tiene su punto de referencia en conquistas anteriores y abre horizontes de esperanza hacia ulteriores realidades.

Si antes se precisaban siglos para diferenciar y definir la fisonomía de cada época, hoy, en virtud de una evolución uniformemente acelerada, bastan unos pocos años.

Era de la técnica, del átomo, nuclear, espacial, hibernación, trasplantes de órganos.

¿Qué reservas y sorpresas guarda el futuro para la humanidad?

Conquistas nuevas, situaciones nuevas, necesidades y problemas nuevos... esperan, piden, exigen respuestas, remedios y soluciones adecuadas.

¿Podremos seguir considerando ilícita la moral de situación, dentro del campo católico, porque en determinados momentos y circunstancias el magisterio se haya pronunciado en contra o al menos reservado y nada explícito?

Es una pregunta sincera, a veces inquietante y angustiada, que se hacen muchas personas que tienen derecho a una respuesta.

La razón y la fe, como dos luces que, lejos de excluirse, se potencian, ayudan, complementan y perfeccionan tienen que proyectarse sobre todas y cada una de las situaciones en que incide el hombre, para buscarles una explicación racional y razonada, cuando no una justificación, y también una solución no siempre fácil... y

darles incluso un sentido, una orientación escatológica, ya que Dios es principio, sostén y meta de toda dinámica; más aún Él es la Dynamis que, con nuestra consciente y responsable colaboración, quiere hacer una tierra nueva, en un cosmos acariciado por el éxito de la técnica a la vez que tentado de claudicar, envejecer y desintegrarse.

### NUESTRO MOMENTO Y NUESTRO HACER

Nosotros, que queremos vivir con fidelidad nuestro momento presente de cara al amanecer de un mañana posmoderno..., debemos adoptar una sintonía de apertura y aceptación hacia todo lo que se está descubriendo y preparando en orden a una asistencia sanitaria que responda más plenamente a las necesidades, exigencias, circunstancias, deseos, ilusiones y esperanzas del enfermo.

Para llenar con dignidad nuestros compromisos y responsabilidades en este campo social en el que laboramos por profesión-vocación —conceptos que no difieren mucho en su significado—, debemos considerar los principios claros y evidentes que, por su misma naturaleza, exigen de nosotros una constante, decisiva y operante toma de conciencia en la que llamamos dinámica; o lo que es lo mismo: aceptación, orientación y coordinación de iniciativas, sugerencias, energías y puesta en acción científica y técnica personal y colectiva, en el ámbito concreto y determinado de la asistencia sanitaria.

Estos dos vocablos, considerados desde su raíz etimológica, tienen un alcance y dimensión antropocéntricos universales, en el tiempo y en el espacio.

Asistencia: ad-sistere expresa una disposición: detenerse junto a... no pasar de largo... estar de pie junto a... en actitud abierta y sincera de servicio... Es expresión y exigencia; preocupación, solicitud, atención, cuidado entrega de alguien hacia alguien; no sólo hacia algo, si bien debemos considerar que lo algo tiene razón de ser en cuanto que siempre, directa o indirectamente, dice referencia hacia alguien, de quien procede o a quien se destina.

Sanitaria es el punto de referencia, como término hacia el que se dirige la asistencia para recuperar la salud de algún modo alterada en el hombre y conservarla una vez recuperada, si fue posible el primer objetivo.

Con la explicación precedente de los términos de nuestro enunciado, podemos decir que asistencia sanitaria es una serie de principios de los que surgen un conjunto de inquietudes y responsabilidades que, en un momento preciso y de manera consciente, determinan la acción conjunta y coordinada de un equipo-grupo de personas que, por comprometidas, usando los medios adecuados de la experiencia, la ciencia y la técnica, pueden y deben contribuir en la búsqueda del bien integral y total del enfermo, comportándose de manera racional y evangélica; pues «nada hay verdaderamente humano que no

deba encontrar eco en el corazón de los discípulos de Cristo» para quienes «los gozos y esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de los que sufren deben ser a la vez sus gozos y esperanzas, tristezas y angustias». —G. et Sp, 1—.

En la búsqueda del bien integral y total del enfermo nos veremos precisados a colaborar con nuestra presencia y acción en ambientes, lugares, situaciones y circunstancias muy diversos, con sus peculiares características: domicilio, calle, contiendas bélicas, siniestros geofísicos, centros sanitarios; a estos últimos denominamos genéricamente hospital.

Ahora y aquí nos referimos al hospital, dándole el significado que le imprimieron los franceses Hotel-Dieu, o mejor, y con más precisión, el calificativo empleado por san Juan de Dios: Casa de Dios, en la que el enfermo sea, se sienta, se considere y, sobre todo, sea considerado amo y señor que debe ser atendido, auxiliado y servido.

### EL ENFERMO ES UN HOMBRE

El hombre ha sido creado «a imagen de Dios», con capacidad de conocer y amar a su Creador, por quien ha sido constituido señor de la entera creación visible para gobernarla y usarla glorificando a Dios; algo inferior a los ángeles, pero superior al resto de las criaturas sobre las que tiene potestad y señorío. De donde se sigue que «todos los bienes de la tierra deben ordenarse en función del hombre; centro y cima de todos ellos». —G. et Sps. 12—.

El enfermo sigue siendo una persona-sujeto de derechos inalienables ante la sociedad civil y religiosa de las que es miembro-ciudadano; con las que está vinculado por lazos físicos y morales, no rescindibles ni rescindidos por la enfermedad, accidente o ancianidad; sino subsistentes a pesar de, por encima de y por razón de tales circunstancias.

Estos derechos exigen, piden y esperan, en virtud de justicia que el enfermo sea asistido como hombre total y libre, de manera consciente y responsable de modo que la dignidad de la persona humana conserve sus valores; este será el camino seguro que nos lleve a humanizar el hospital que es responder a las esperanzas de las personas, situándose en, y partiendo de, las mismas personas.

El enfermo es un hombre que ha experimentado —experimenta— un desequilibrio, disminución o pérdida de sus facultades físicas-síquicas-somáticas en sus constantes bio-químico-fisiológico-sensoriales en relación consigo mismo y con el ambiente familiar y social en que vive.

De pronto, se encuentra en una situación existencial anormal, con problemáticas nuevas que, por nuevas, alteran y modifican sus vivencias: personal, familiar,

social, educacional-profesional-laboral, económica, sanitaria, psicológica, moral, religiosa, vivencias que suelen originar crisis en la misma categoría, si no son consecuencias de las crisis en que de ordinario incide el enfermo, como lógica consecuencia de la ruptura en el interior de su ser y desorientación en su persona.

#### VIVENCIAS-CRISIS:

*Consigno mismo:* su organismo ¿remite o rechaza? de aquí: ilusión, inquietud, angustia, resignación, esperanza.

*Con los demás:* indiferentes, insensibles, compasivos.

*Con el ambiente:* no alterna en espectáculos, deportes, puesto de trabajo.

*Con la familia:* a quienes molesta, exige, preocupa, tensiona o de la que tiene que vivir ausente.

*Con la comunidad civil:* carga, parásito, inútil, causa de dispendios.

*Con la comunidad confesional:* no puede estar presente en asambleas, celebraciones, movimientos apostólicos, etc.

*Con Dios:* ¿fuerza, destino, abandono, olvido, esperanza, Padre... por qué precisamente yo, a mí...?

En estas vivencias- crisis o crisis- vivencias el enfermo, tácita o expresamente, pide o espera —tiene derecho a pedir y esperar siempre una respuesta, una solución o al menos un auxilio de otra-otras personas que él, en su consciente o subconsciente, considera idóneas y capacitadas.

Como la problemática en que el enfermo se ve inmerso es muy compleja y polifacética, resulta fácil comprender y admitir que la asistencia sanitaria no es labor y competencia exclusiva de una sola persona, por muchas cualidades y aptitudes de que esté dotada, sino de un grupo, equipo o mejor comunidad-familia de personas, que de forma bien organizada están llamadas a colaborar, cada una según su cometido y especialidad, en favor del enfermo, y ¡ojalá!, siempre convencidas de que cualquiera de ellas puede ser la solución y salvación del paciente.

#### EL ENFERMO CENTRO DE TODA ACTIVIDAD SANITARIA

El enfermo es el centro en torno al cual debe girar toda actividad; punto de convergencia de toda dinámica humana del hospital.

El mismo edificio, desde su planificación, ubicación, realización, distribución y equipación habrá de hacerse y deberá estar determinado y condicionado en función

de las exigencias y necesidades de las personas que lo habitarán.

HOSPITAL: Maternidad, pediátrico, geriátrico, siquiátrico, general y quirúrgico.

No es el enfermo para el hospital, la ciencia o la técnica. El hospital, la ciencia y la técnica son para el enfermo.

Cuántas personas trabajamos —no digamos nada, si también vivimos— en un hospital debemos buscar el bien integral del enfermo, sin dualismos, ni bisecciones, ni distinciones entre medios y fines que fácilmente podrían producir una descarga de sentimientos, desembocando en un paternalismo o maternalismo, que nunca debieron confundirse con el genuino «altruismo».

No somos —no debemos ser— ni materialistas ni espiritualistas.

Aceptamos, recibimos para servirle la realidad-hombre.

No es el cuerpo para llegar al alma, ni el alma para descender al cuerpo; «Es la persona del hombre la que hay que salvar». (G. et Sp. 2).

Es el hombre-enfermo «el hombre todo entero —unus ac totus— cuerpo y alma, corazón y conciencia, inteligencia y voluntad» —no por separado, es un yo— quien solicita nuestras atenciones, quien interroga continuamente y, con frecuencia en silencio, sin palabras, con miradas cargadas de angustia y esperanza, que se pierden en el vacío de nuestras fría indiferencia e insensibilidad.

El enfermo no es una cosa, un número, un objeto: ni sólo un caso clínico interesante para estudiar en él, investigar y experimentar en él.

El enfermo no es algo, es alguien.

Es una persona, sujeto únicamente, desde que ingresa en el Centro, mientras permanece en el mismo, y en muchos casos después de su egreso, de unos derechos que, por lo mismo, son nuestras obligaciones.

En teoría, todos estamos de acuerdo en que: el director, el administrador, el jardinero, el conserje, el secretario, el cocinero, asistente social, el ministro religioso, el auxiliar, el técnico, el enfermero, el médico... somos servidores del enfermo.

En cierta ocasión oí de labios de un médico esta frase: «el médico es un hombre que trata de ayudar a otro hombre» (Dr. Salmerón).

¿No les parece a ustedes exacta y perfecta esta espontánea definición?

Definición que deberemos aplicarnos a nosotros mismos en nuestra misión de ministros de los enfermos.

«Somos unos hombres que, personalmente y en equipo, tratamos de ayudar a otros hombres».

Para que tal ayuda resulte eficiente hemos de tomar al enfermo en su individualidad, procurando, en cada situación, una actitud, un comportamiento personal lo más adecuado posible a cada paciente, sin recursos preconcebidos y generalizados. Cada enfermo es igual y

distinto. Por lo mismo habrá que saber ingeniarse para responder a lo que el enfermo espera de cada quien, y procurar estar siempre en plenitud de disposición y servicio y evitar frustraciones que a veces engendran consecuencias insuperables de por vida.

El enfermo no es sólo un sujeto de necesidades que incluso pueden inspirar compasión; sino, y sobre todo, es un ser con grandes deseos, ilusiones y esperanzas.

Un hermano que muchas veces tiene que decirse resignado, cuando no defraudado y decepcionado: «muchas personas intentan consolarme; pero son pocas las que intentan comprenderme y que me ofrezcan su tiempo para al menos escucharme». (M. Albertion).

Tenemos tantas cosas que hacer que no disponemos de tiempo para dialogar con el enfermo. Quizá le hemos ayudado a desterrar de su yo un dolor físico... tal vez de la muerte; pero su yo sigue con una angustia moral. Nuestra misión no fue integral, fue incompleta. Nos quedamos fuera. Ni él entró en nosotros, ni nosotros en él. No se llegó a una intercomunidad de personas.

A veces hay centros en los que se priva a los enfermos de una sonrisa, de una palabra, de una presencia que necesitan tanto como un inyectable, un comprimido, un alimento, en virtud de unas estructuras y unos reglamentos inflexibles en cuanto a visitas de personas no familiares y aun familiares.

¿Es que el enfermo no tiene derecho a ser visitado, y visitar a los enfermos ha dejado de ser una obra de misericordia, de amor fraterno?

Hay centros donde ser visitado y visitar es un privilegio. Los privilegios siempre distancian y acaban por resultar odiosos.

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

Pregunto: ¿cómo hacer brotar esa corriente de solidaridad, cómo revivir de cerca y compartir... y llevar luz de esperanza, amor, ayuda, si, lejos de franquear, las puertas se cierran?

¡Costumbres, la Dirección, el Reglamento...! Mientras, seguimos abogando por la humanización del hospital.

En el cual nadie debe ser ajeno a nadie, ni para nadie.

Tan esto es así que Pablo VI dijo: «¿quiénes serán los apóstoles de los enfermos y de los minusválidos?»

Si Bonhoeffer se ha atrevido a decir: «La Iglesia sólo es Iglesia si vive para los demás».

Si Pablo VI, en momento solemne afirmó: «la religión católica es para la humanidad; en cierto sentido ella es la vida de la humanidad» (7, diciembre, 1965).

Si la Iglesia reiteradamente, en el Concilio, se ha declarado «pobre y servicial», barajando constantemente la palabra diaconía para definir sus relaciones y ministerios con y en el mundo actual.

Nosotros nos habremos realizado como personas y como creyentes, en la medida en que vivamos en el hospital para los demás, ya que la plenitud de la fe se cifra en el seguimiento de Cristo que vino no a ser servido, sino a servir, como lo anunció Isaías: el Siervo de Javéh.

## CONCLUSIÓN

Con apertura de miras eclesiales, tratemos de aunar iniciativas personales y colectivas; convirtamos en fuente de energía cuantos recursos nos proporcione la experiencia, la ciencia y la técnica para crear, conservar y perfeccionar en el hospital; un ambiente de humano bienestar; un clima de familiar convivencia; una inquietud de fraterna solidaridad que mantenga siempre encendida la antorcha de la fe y la esperanza del enfermo, cuyos derechos son nuestros compromisos y responsabilidades a la luz de estos sencillos y profundos principios o postulados:

El enfermo es un hombre. Todo hombre es mi hermano. Mi vida sólo es vida cuando se hace servicio. El servicio es amor: que no hace al otro lo que no quiero para mí; hace al otro lo que quiero para mí.

## BIBLIOGRAFÍA

- Concilio Vaticano II, B.A.C. Madrid 1965.
- Cursillo de Pastoral Hospitalaria, Maracaibo 1972.
- Ecclesia, números 1587, 1590, 1632.
- Hospitalidad. P. Miguel García, O. H.
- Labor Hospitalaria, números 144, 145, 146 y 147, Barcelona 1972-73.
- Letra Viva Cartas, Madrid 1965.
- Lo que importa es amar. C. Carreto, Ed. Paulinas
- Mañana será mejor. C. Carreto. Ed. Paulinas, Madrid 1971.
- Nuevo Catecismo para adultos, Herder, Barcelona 1969.
- Pequeño Larousse Ilustrado, Paris 1970.
- Selecciones de Teología, número 46 —abril-junio 1973— Barcelona.
- Vocabulario de Teología Bíblica, Herder, Barcelona 1967.

# CONOCER AL ENFERMO

## Semana de reflexión sobre el enfermo

Por JOSÉ L. REDRADO

Con el título conocer al enfermo el Secretariado diocesano de Pastoral sanitaria de Bilbao ha programado una semana de reflexión sobre el enfermo; días 24 al 28 de septiembre.

Las conferencias de este año son continuación de la semana de pastoral sanitaria celebrada el año anterior; son también fruto de la reflexión que durante este curso se ha venido haciendo en orden a un mejor conocimiento del enfermo.

La semana que nos ocupa ha tenido tres ideas fundamentales: conocer al enfermo en sus aspectos humanos, en sus vivencias y reacciones psicológicas, y en sus necesidades y apertura a lo religioso. Las conferencias han seguido esa línea y en el trabajo por grupos se ha reflexionado detenidamente sobre estos tres temas globales. Las conferencias nos han dado luz y visiones de conjunto y en los grupos se han intercambiado experiencias y nos hemos enriquecido todos.

Con el fin de dar a conocer el sentido y el alcance de estas reflexiones, dividiremos esta crónica en dos partes: en la primera haremos una síntesis de las conferencias, y en la segunda pondremos el trabajo de los grupos.

### LAS CONFERENCIAS

#### LA RELACIÓN HUMANA CON EL ENFERMO

Fue desarrollada por el Dr. Andrés Aya-Goñi. En esta comunicación cabe destacar los puntos siguientes:

— Dignidad de la persona humana: el hombre portador de atributos y cualidades.

— El hombre se interroga e interroga a los demás.

— La enfermedad le hace sentirse débil y buscar a los otros, al médico ordinariamente, a que se confía y entrega, bien a través de la consulta en su domicilio o en el ambulatorio.

— Interrogatorio y exploración, dos primeros actos

de relación humana, desde donde vamos a conocer la enfermedad de ese hombre y sus posibles reacciones.

— El ingreso en el hospital realiza un cambio, tanto en el enfermo («pierde su personalidad»), como en el médico (adquiere otra figura, no es el médico, sino los médicos, las enfermeras...). En la máquina del hospital se produce, pues, el «anonimato». Pero ello no quita la obligación de considerar a cada enfermo como un hombre total, responsable y consciente.

— El trato humanizado, la entrega al enfermo, debe formar parte del programa y, como todo programa necesitará de una elaboración, de un aprendizaje y una asimilación.

— Se deben humanizar los estudios del médico y de la enfermera para llegar así a la humanización del hospital.

El segundo grupo de conferencias estaba centrado en los títulos

#### VIVENCIAS, COMPORTAMIENTO Y REACCIONES DEL ENFERMO

Dos conferencias a cargo, respectivamente, de los doctores Ramón Zumárraga e Isaac Martín-Granizo, cuyas ideas fundamentales son:

— El enfermo es una persona que ha perdido su salud.

— Salud es la armonía vital, compuesta de bien ser y bien estar, y constituida por una serie de factores físicos y psíquicos y hasta sociales y económicos que hacen que un ser humano pueda disponer de todas sus posibilidades. La salud solamente se valora en profundidad cuando se pierde.

— Al enfermar, la reacción del hombre será, primero, como persona, con su peculiar temperamento, cultura y educación; y en segundo lugar como enfermo que padece una determinada dolencia.

— Sentimientos «del estar enfermo». Hay una serie de vivencias generales: *invalidez* total o parcial; el enfermo no puede hacer lo que quiere. *Malestar*, es la segunda vivencia, se tenga o no dolor. Junto a invalidez y malestar está el *sentimiento del peligro*; el enfermo siente que aquello amenaza a lo que hasta entonces ha sido su vida e incluso a su propia existencia. El enfermo es un *solitario*. Y a este sentimiento de soledad se añade también el de *abandono*. La enfermedad puede vivirse como *refugio* y a veces como *ocasión para realizar cosas* para las que antes no se había tenido tiempo.

— La reacción del enfermo se produce de tres formas: 1) aceptando sus molestias y expresándolas con objetividad, tal como las vive. 2) exagerando los síntomas. 3) ocultando o quitando importancia a los síntomas y signos presentes en la exploración.

— Cuando enferma el ser humano acude al médico y con él comienza a establecerse la relación que ayudará a consolar, aliviar y curar.

— Pero el contacto médico-enfermo viene limitado por el tiempo de que dispone el médico, casi siempre poco; por ello, el médico debe escuchar a las enfermeras, ya que a través de ellas podrá conocer las características psicológicas, sociales y familiares del enfermo y así ayudarle a reanudar su vida.

— La presencia del personal auxiliar es casi constante entre los enfermos y, por consiguiente, exige del mismo un gran dominio, gran paciencia, mucho calor humano e importantes cualidades de interrelación.

— Circunstancias diversas que rodean al enfermo: por una parte, el ingreso en el hospital donde encontrará mejores medios para su curación, esto es un aspecto positivo; pero, al mismo tiempo, el ingreso tiene como contrapartida el alejamiento del medio ambiente familiar, social y profesional.

— Cada paciente precisa una asistencia particular y detallada y habrá que distinguir en cada uno los problemas que se derivan de la misma enfermedad y los que son consecuencia de su aislamiento o separación del medio ambiente habitual.

#### LAS NECESIDADES Y APERTURA DEL ENFERMO A LO RELIGIOSO

Formaban parte del tercer grupo; estas conferencias han sido dictadas por los padres José L. Redrado y José Manuel Arenal. El tema expuesto ha tenido como punto de partida la consideración total del hombre y los derechos del mismo. En la parte central se han desarrollado estas ideas:

— El hombre, al enfermar, vuelve a pensar en lo trascendente y enriquece su vida con otros valores, incluso espirituales.

— La enfermedad participa de la vida y de la muerte: nos hace ver lo transitorio de esta vida y nos conduce al más allá.

— El dolor y la enfermedad son un misterio, un interrogante que el mismo Cristo no ha explicado; lo asumió y le dio sentido.

— La enfermedad tiene también unos valores: reavivar el rescoldo de la fe, acercar a Dios, ayudar a superar el egoísmo y a enfrentarse con la realidad.

— En la enfermedad Dios nos interpela constantemente, y en los momentos críticos nos hace abandonar todo lo que nos protege. La religión nos da un cuadro válido para nuestra existencia y nos ayuda a luchar contra toda actitud idolátrica.

— Atención a los aspectos espirituales del enfermo: la razón es la unidad de la persona; el cómo hacerlo habrá que ir descubriéndolo a través de las manifestaciones externas del paciente; manifestaciones que traslucen necesidades espirituales y sobre las que hay que estar atentos para proporcionarle ayuda según los casos: estimulándole, descargando su mente de temores, ansiedades y culpa; ayudándole a reconstruir su vida. Y ofreciéndole también los recursos religiosos con que cuenta el hospital.

— El contacto humano, la acogida personal, el saber escuchar, los servicios bien prestados, todo ello hace que despierten muchas conciencias dormidas y que se pongan en camino hacia Dios.

— El encuentro pastoral, cristiano, con el enfermo es ante todo un encuentro humano, fraternal y amistoso. Es compartir con él, en la medida posible, la aventura de su enfermedad, para luchar con él por superarla y vencer sus influencias negativas.

— Pero el cristiano va más allá todavía. El enfermo no es una *enfermedad*, ni siquiera un ser humano afecto de una dolencia, sino un ser en crisis, un hombre problematizado, cargado de interrogantes y aun de riesgos; una encarnación de Cristo, un hijo de Dios llamado a la vida eterna, situado en un trance crítico: de apertura al amor de Dios o de empecinado rechazo del mismo.

— La acción pastoral de atención a los enfermos ha de procurar brindarles el mensaje de Cristo y todo su sentido para la vida y la muerte del hombre de modo respetuoso, eficaz y personalizado.

— Toda acción pastoral incluye una acción evangelizadora, una acción sacramental y una acción caritativa. En todas ellas hay un encuentro con el Señor a través de las distintas maneras de manifestarse en la Palabra, en el Sacramento y en el Amor. Muchas veces estas acciones serán simultáneas.

— No tiene sentido contraponer evangelización y sacramentalización. El sacramento sin una fe iluminada se convertirá fácilmente en superstición y en magia; la evangelización sin sacramentos perderá una eficacia de signo y de vivencia de la presencia actual de Cristo salvador imprescindible.

— Pero siempre evangelización y sacramentalización deberán producirse en el clima personal de la caridad y del testimonio sincero, cordial y comprometido de la amistad gratuita, en la que se da de lo que se tiene y en

la medida que el enfermo lo quiere y lo necesita. De ahí que la actitud pastoral que facilite la apertura del enfermo al misterio salvador supone *en el testigo* un respeto máximo, una delicadeza grande, y una adecuada oportunidad.

— Ni gestos, ni palabras ni actitudes cordiales podrán sustituir pastoralmente la vivencia honrada, profunda y humilde del misterio de Cristo. La atención pastoral es ante todo un testimonio de fe, de fe que se traduce en amor fraterno. El creyente es más un testigo que un proselitista.

— En la fe *se vive una realidad*, y en la atención cristiana al enfermo se le ofrece —a veces silenciosamente y sin palabras— esta realidad como luz y como sentido de su enfermedad o su trance clínico peligroso. Sólo será eficaz y auténtica la presentación del evangelio como luz y sentido para los que sufren si en nuestro testimonio transparente se descubre que es también la razón de sentido de una generosa dedicación y de una amistad gratuita que brindamos al enfermo.

— Sólo podremos dar a los enfermos con eficacia el Cristo que nosotros *vivimos*.

— El amor sincero, la amistad leal al enfermo y a su familia afectada será la primera y fundamental *provocación evangelizadora*. En este clima de fe compartida o despertada la sugerencia del sacramento —pedido o brindado— será un hito normal.

## TRABAJO DE LOS GRUPOS

Durante cuatro días se ha trabajado en grupos los tres temas a que hemos hecho alusión en la primera parte. Los grupos han seguido un esquema-base, redactado previamente, sobre cada uno de los temas. Los asistentes se han agrupado, según sus intereses, para trabajar en una u otra materia; así, se han podido distribuir tres grupos para el tema humano, dos para el psicológico y uno para el religioso.

Aunque hemos de reconocer que cada grupo era muy numeroso y en parte podía dificultar el diálogo, destacamos la eficacia, el interés y el trabajo realizado; el último día se expuso y comentó ante todos los asistentes.

A continuación damos una síntesis de las ideas principales que, sobre cada tema, se comentaron y concluyeron en los grupos.

## TEMA HUMANO

### *Encuentro interpersonal con el enfermo*

#### CUALIDADES NECESARIAS PARA QUE SE DE ESTE ENCUENTRO

- Entrega, abnegación, sentido de responsabilidad.
- Paciencia, saber escuchar, saber dar confianza, in-

teresarse por sus cosas, captar sus necesidades más urgentes, acercarse con alegría, con paz, con tranquilidad.

— Pero para aceptar al otro, he de pensar que deseo hacerle un bien, y he de aceptarme primero a mí mismo: mis limitaciones, mi timidez, mis conocimientos, mi cansancio, mi genio...

## DIFICULTADES DE ESTE ENCUENTRO

- Complejos de inferioridad.
- La no aceptación personal, tal y como se es.
- El egoísmo, la comodidad.
- El exceso de trabajo y, como consecuencia, la rutina, la indiferencia, la apatía, la falta de atención.
- La carencia de cualidades para la vocación sanitaria.
- La diferencia de trato, según categorías sociales.
- La falta de organización del centro.
- El anonimato en que se tiene a los enfermos.
- Por parte del enfermo, la inseguridad ante la enfermedad, la soledad y el miedo dificultan este encuentro.

## A QUÉ NIVEL SE REALIZA ESTE ENCUENTRO HUMANO

- Depende del modo de ser la persona, de su preparación, de sus prejuicios, de su interés.
- Casi siempre a nivel funcional, a nivel de trabajo, si bien es verdad que éste puede dar lugar a un encuentro de amistad.

## SITUACIONES DIVERSAS DE ESTE ENCUENTRO HUMANO

- Ante la gravedad del enfermo normalmente se guarda silencio, el enfermo lo necesita pero esa compañía en silencio le tranquiliza, le sirve de apoyo y de confianza.
- También depende del modo de ser del enfermo, de los problemas familiares que facilitan o dificultan el encuentro.
- El proceso de la enfermedad —más o menos optimista— facilitan o dificultan igualmente el encuentro.

## TEMA PSICOLÓGICO

### *Reacciones y vivencias del enfermo*

#### IMPORTANCIA QUE SE DA A LA PERSONA ENFERMA

- Se da la máxima importancia, pero con frecuencia la rutina nos hace que no le tomemos en la consideración que se merece.
- Una buena técnica, una correcta planificación y el trabajo en equipo favorecen la atención al enfermo.

## SENTIMIENTOS QUE VIVEN LOS ENFERMOS

— El enfermo tiene miedo; siempre piensa en lo más grave. Se rebela, la enfermedad es como una desgracia.

— Se siente inseguro, aunque siempre abriga la esperanza de salir adelante.

— En los de enfermedades largas se advierte como cierta frustración.

— Por la mente del enfermo pasan, en las horas de soledad y reposo, todas las circunstancias de su vida y le da tiempo para analizarlas, y en este análisis va reconociendo la propia realidad de las cosas, hasta llegar a reavivar todo lo positivo y superar todo lo negativo de la vida.

## MOMENTOS DIVERSOS DE MAYOR IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

— Al tener conciencia de su enfermedad; al enfermo le preocupa lo que es suyo.

— También en el momento del ingreso en el hospital, pero dependerá del proceso anterior: quienes sienten antes molestias y dolores, al ir al hospital pueden sentirse aliviados, pues piensan que les atenderán mejor.

— La operación, por lo que lleva consigo —anestesia, posible amputación, molestias— produce un impacto grande en el enfermo.

— El medio ambiente que con frecuencia rodea al enfermo —grandes salas, techos altos, compañeros que mueren...— suele ser muy desagradable y dejan una mala impresión en los enfermos.

## TEMA RELIGIOSO

### Diálogo pastoral con el enfermo

## SITUACIÓN RELIGIOSA DE LOS ENFERMOS

— Constatamos en los enfermos un defectuoso concepto de Dios y, en general, bastante falta de fe.

— En no pocas ocasiones estamos ante un sentido mágico de lo religioso.

— Muchas veces no es el enfermo quien pide, son sus familiares o el médico los que insinúan la recepción de tal o cual sacramento y que luego el enfermo «admite».

— Entre quienes piden los sacramentos los hay que lo hacen porque han tenido unos *principios religiosos*, aunque se ve que no han llegado a una vivencia de fe. Otros los piden como un seguro de curación.

## DIOS Y LA ENFERMEDAD

— Muchos enfermos tienen un escaso y hasta falso concepto de Dios que les lleva a tener criterios también

falsos sobre la enfermedad —es un castigo, una maldición, una injusticia de Dios...

— Hay quienes han vivido en un clima sano y cristiano y descubren en la enfermedad un valor de purificación, de vivencia de fe, de encuentro con el Señor.

## CÓMO DESCUBRIR LAS NECESIDADES RELIGIOSAS EN EL ENFERMO

— Extremar la amabilidad y el espíritu de servicio.

— Partir del sentido de la vida humana del enfermo: interesarse por él, su trabajo, su familia, sus preocupaciones y aficiones.

— Dejar al enfermo que se exprese, escucharle; valorar su honradez, su responsabilidad en la familia y trabajo.

— Facilitar al enfermo este descubrimiento a través de nuestro testimonio.

## DIALOGO PASTORAL

— El diálogo pastoral se realiza con la palabra y el signo. Debe haber un interés por toda la persona del enfermo.

— Confesamos que nos cuesta adentrarnos en un nivel cristiano y nos mantenemos en la frontera de lo humano y psicológico. En esta realidad influyen muchas causas: unas debidas al enfermo: formación, interés, situación actual de la enfermedad...; otras dependen del sacerdote y personal sanitario: carácter, preparación, sentido apostólico...

— Para realizar este diálogo pastoral necesitamos de una iluminación, de unos caminos, de unas estructuras; pero sobre todo necesitamos personas preparadas, entregadas y con deseos de trabajar.

## BIBLIOGRAFÍA

ARAGÓ. «La integración hospitalaria y sanitaria» Ed. Ariel. Barcelona.

VARIOS. «La Iglesia y los hospitales». Ed. Ariel.

REDRADO, José L. «Presencia cristiana en clínicas y hospitales». PPC. Madrid.

CHAMORRO. «El Seguro». Grandío. Oviedo.

HARING. «Moral y medicina». Ed. Perpetuo Socorro.

COTINAUD. «Elementos de Psicología para enfermeras». Ed. Sígueme.

VAN DER BERG. «Psicología del enfermo postrado en cama». Ed. C. Lohlé.

JORES. «El hombre y su enfermedad». Ed. Labor, Barcelona.

LAIN ENTRALGO. «Enfermedad y pecado». Ed. Toray. Barcelona.

## REVISTAS

LABOR HOSPITALARIA (trimestral sobre organización y pastoral de Hospitales). HH. San Juan de Dios. Carretera Esplugas s/n. Barcelona.

PRESENCES. Camprosay, 91. Draveil. Paris.

HOSPITALIA. 5 rue Guinard. Bruxelles. 4.

# X CONGRESO MUNDIAL DE LAS ENFERMERAS CATOLICAS

Sor ISABEL BELLO

Con ocasión del V Congreso Regional Europeo del Ciciams, celebrado en nuestra capital la primavera del año pasado, la Secretaria Internacional, señorita Van Massenhove, anunciaba el X Congreso Mundial de Enfermeras Católicas que tendría lugar en Roma en mayo de 1974.

Esta fecha que entonces nos pareció tan lejana se aproxima rápidamente, y por ello venimos hoy a darle a conocer el programa provisional de dicho Congreso, así como los detalles que sobre el mismo pudieran interesarle.

El Comité Internacional de Enfermeras y Asistentes Médico-Sociales (Ciciams) está integrado por las Asociaciones Nacionales Católicas de Enfermeras. Como usted sabe, a él pertenece nuestra Federación por deseo expreso de la Santa Sede desde el año 1957. A través de él las Asociaciones Católicas tienen representación en la O.M.S., donde el Ciciams goza de estatuto consultivo y puede hacer oír los criterios de la Iglesia sobre problemas fundamentales, de aquí la gran importancia que tiene el que colaboremos a los trabajos e iniciativas de dicho Comité.

Pensando en las Escuelas de A.T.S., hemos preparado dos proyectos de viaje: uno (A) para aquellas personas que deseen únicamente asistir al Congreso y visitar Roma, y un segundo proyecto (B) con extensiones turísticas.

## PROYECTO «A»

18 de mayo: Madrid o Barcelona. Salida en avión reactor con destino a Roma. Horario por concretar. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

19 de mayo al 24 de mayo: Roma. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Días libres para participar en las Sesiones Científicas y Actos Sociales del X Congreso Mundial de Enfermeras Católicas.

25 de mayo al 28 de mayo: Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Visita a la ciudad y al Vaticano. Días libres para visitar Roma.

28 de mayo: Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en avión reactor hacia España.

Madrid o Barcelona. Llegada.

Precios por persona: En hotel de categoría primera superior: desde Madrid, 23.428 pesetas; desde Barcelona, 21.575 pesetas. En hotel de categoría «standard»: desde Madrid, 18.906 pesetas; desde Barcelona, 17.055

pesetas. En Residencia Religiosa: Desde Madrid, 14.041 pesetas; desde Barcelona, 12.188 pesetas.

## PROYECTO «B»

18 de mayo al 24 de mayo: Se seguirá el mismo itinerario detallado en el proyecto «A».

25 de mayo: Roma. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto y salida en avión reactor con destino a Florencia. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

26 de mayo: Florencia. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Por la mañana se llevará a cabo la visita detallada de la ciudad. Tarde libre.

27 de mayo: Florencia. Alojamiento en el hotel. Día libre a su disposición.

28 de mayo: Florencia. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en avión reactor con destino a Venecia. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

29 de mayo: Venecia. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Por la tarde se llevará a cabo una visita a los canales con un recorrido en góndola.

30 de mayo: Venecia. Desayuno y alojamiento en el hotel. Día libre a su disposición.

31 de mayo: Venecia. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto y salida en avión reactor con destino a Milán. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento. Tarde libre a su disposición.

1 de junio: Milán. Desayuno en el hotel. Por la mañana traslado al aeropuerto y salida en avión reactor, vuelo directo con destino a España.

Madrid o Barcelona. Llegada.

Precio por persona: En hotel de categoría «standard»: desde Madrid, 26.444 pesetas; desde Barcelona, 24.956 pesetas.

## TERCER CONGRESO INTERNACIONAL DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA Atenas, 20 al 26 de mayo de 1974

### TEMARIO

*Historia de los hospitales.* Los primeros esfuerzos de la asistencia organizada desde la antigüedad. La arquitectura de los hospitales. Testimonios y encuentros arqueológicos.

# X CONGRESO MUNDIAL DE LAS ENFERMERAS CATOLICAS

Sor ISABEL BELLO

Con ocasión del V Congreso Regional Europeo del Ciciams, celebrado en nuestra capital la primavera del año pasado, la Secretaria Internacional, señorita Van Massenhove, anunciaba el X Congreso Mundial de Enfermeras Católicas que tendría lugar en Roma en mayo de 1974.

Esta fecha que entonces nos pareció tan lejana se aproxima rápidamente, y por ello venimos hoy a darle a conocer el programa provisional de dicho Congreso, así como los detalles que sobre el mismo pudieran interesarle.

El Comité Internacional de Enfermeras y Asistentes Médico-Sociales (Ciciams) está integrado por las Asociaciones Nacionales Católicas de Enfermeras. Como usted sabe, a él pertenece nuestra Federación por deseo expreso de la Santa Sede desde el año 1957. A través de él las Asociaciones Católicas tienen representación en la O.M.S., donde el Ciciams goza de estatuto consultivo y puede hacer oír los criterios de la Iglesia sobre problemas fundamentales, de aquí la gran importancia que tiene el que colaboremos a los trabajos e iniciativas de dicho Comité.

Pensando en las Escuelas de A.T.S., hemos preparado dos proyectos de viaje: uno (A) para aquellas personas que deseen únicamente asistir al Congreso y visitar Roma, y un segundo proyecto (B) con extensiones turísticas.

## PROYECTO «A»

18 de mayo: Madrid o Barcelona. Salida en avión reactor con destino a Roma. Horario por concretar. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

19 de mayo al 24 de mayo: Roma. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Días libres para participar en las Sesiones Científicas y Actos Sociales del X Congreso Mundial de Enfermeras Católicas.

25 de mayo al 28 de mayo: Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Visita a la ciudad y al Vaticano. Días libres para visitar Roma.

28 de mayo: Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en avión reactor hacia España.

Madrid o Barcelona. Llegada.

Precios por persona: En hotel de categoría primera superior: desde Madrid, 23.428 pesetas; desde Barcelona, 21.575 pesetas. En hotel de categoría «standard»: desde Madrid, 18.906 pesetas; desde Barcelona, 17.055

pesetas. En Residencia Religiosa: Desde Madrid, 14.041 pesetas; desde Barcelona, 12.188 pesetas.

## PROYECTO «B»

18 de mayo al 24 de mayo: Se seguirá el mismo itinerario detallado en el proyecto «A».

25 de mayo: Roma. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto y salida en avión reactor con destino a Florencia. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

26 de mayo: Florencia. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Por la mañana se llevará a cabo la visita detallada de la ciudad. Tarde libre.

27 de mayo: Florencia. Alojamiento en el hotel. Día libre a su disposición.

28 de mayo: Florencia. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en avión reactor con destino a Venecia. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.

29 de mayo: Venecia. Estancia en el hotel, en régimen de habitación y desayuno. Por la tarde se llevará a cabo una visita a los canales con un recorrido en góndola.

30 de mayo: Venecia. Desayuno y alojamiento en el hotel. Día libre a su disposición.

31 de mayo: Venecia. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto y salida en avión reactor con destino a Milán. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento. Tarde libre a su disposición.

1 de junio: Milán. Desayuno en el hotel. Por la mañana traslado al aeropuerto y salida en avión reactor, vuelo directo con destino a España.

Madrid o Barcelona. Llegada.

Precio por persona: En hotel de categoría «standard»: desde Madrid, 26.444 pesetas; desde Barcelona, 24.956 pesetas.

*TERCER CONGRESO INTERNACIONAL  
DE TECNOLOGÍA HOSPITALARIA  
Atenas, 20 al 26 de mayo de 1974*

## TEMARIO

*Historia de los hospitales.* Los primeros esfuerzos de la asistencia organizada desde la antigüedad. La arquitectura de los hospitales. Testimonios y encuentros arqueológicos.

*Lugar y programación de hospitales.* Posición del hospital en la estructura social. Programas a escala nacional. Complementaciones.

*Arquitectura y tecnología hospitalarias contemporáneas.* Criterios de construcción: especificación de técnicas y de funciones. Unidades funcionales, conjuntos, equipamiento, métodos escalonados de planificación y construcción. Materiales nuevos y métodos de construcción. Estudio de los resultados. Hospitales y unidades estandarizadas.

*Problemas para la modernización de los hospitales.* Puesta en marcha de nuevos métodos tecnológicos. Adaptación de los hospitales a los nuevos métodos y sistemas. Posibilidades de adaptación a las nuevas necesidades en general.

*Contribución de la industria a la construcción y equipamiento hospitalarios.* Influencia de la industria en la construcción y equipamiento de los hospitales. Estandarización.

*La enfermedad y su entorno.* Factores psicológicos y sociales. Emplazamientos especiales de las terapéuticas. El entorno visual. Influencia.

*El precio de coste de las construcciones hospitalarias.* Los métodos más precisos para la determinación del pre-

cio de coste. Métodos para la organización de la construcción.

*Instalaciones. Equipos.* Instalaciones mecánicas, hidráulicas y eléctricas. Máquinas y aparatos. Equipos médicos.

*El mantenimiento del hospital.* Problemas debidos a la naturaleza de los diferentes elementos. Cálculo y definición de los factores de mantenimiento. Valoración de los mismos. Mantenimiento de las instalaciones y del material.

*El porvenir de los hospitales.* Problemas de extensión de las unidades funcionales actuales. Construcciones del porvenir.

*La investigación aplicada a las construcciones hospitalarias.* Aprobación. Métodos de medida. Transmisión e intercambio de resultados.

*Idiomas oficiales:* Griego, inglés, italiano y francés. La inscripción debe hacerse antes del 30 de diciembre de 1973. Los derechos de inscripción son de 80 dólares americanos. La secretaría radica en: *Technical Chamber of Greece.* Karageorgi Servias street n.º 4. Atenas. 125. Grecia. Para el alojamiento se puede dirigir a cualquier oficina de Wagons-Lits/Cook. La de Atenas radica en: Karageorgi Servias, n.º 2. Atenas. 125.

## ALMACEN DE TEJIDOS

# A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B

TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62

BARCELONA (10)

# INDICE GENERAL/73

## ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES

Voluntarios del hospital San Juan de Dios. . . . .	8
Segundo congreso nacional de hospitales . . . . .	19
Consecuencias personales, familiares y sociales de la hospitalización . . . . .	21
Socialización y personalidad de la enfermera . . . . .	56
La profesión de enfermera . . . . .	62
Los hospitales ante el tercer plan de desarrollo. . . . .	64
Reflexiones sobre el hospital clínico universitario. . . . .	66
La dietética de los hospitales . . . . .	68
El derecho a la vida . . . . .	69
Los derechos de los enfermos . . . . .	70
La relación paciente enfermera, enfermera paciente . . . . .	112
La red hospitalaria española en los planes de desarrollo . . . . .	116
La ley italiana de hospitales. . . . .	124
Actitud de la sociedad actual frente a los enfermos mentales . . . . .	152
Salud mental y salud pública . . . . .	156
Erradicación de la lepra en Sierra Leona. . . . .	162
Pablo VI habla de los enfermos de la lepra. . . . .	167
¿Cuál debe ser en estos momentos la posición de los responsables de hospital? . . . . .	168
El departamento de personal en el hospital . . . . .	171

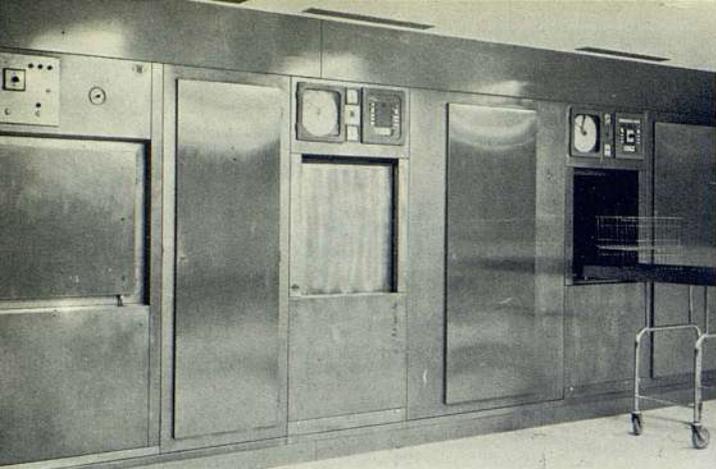
## PASTORAL HOSPITALARIA

La Constitución apostólica Sacram Unctio sobre el sacramento de los enfermos . . . . .	12
El nuevo ritual para la administración del sacramento de la unción de los enfermos . . . . .	16
Pastoral de ambientes sanitarios . . . . .	27
Reflexión sobre la vida religiosa . . . . .	34
Modelo y guía para cuantos se dedican al cuidado de los enfermos. . . . .	38

La atención a los moribundos . . . . .	73
Revisión litúrgico pastoral del sacramento de la Unción de los enfermos . . . . .	75
María, salud de los enfermos . . . . .	79
El nuevo ritual de la unción de los enfermos . . . . .	80
El dolor prenda de resurrección . . . . .	81
Plegarias para la bendición recitadas en la bendición del hospital san Juan de Dios . . . . .	83
La conciencia del médico nunca puede separar medicina y moral . . . . .	104
Los efectos en el sacramento de la unción de los enfermos . . . . .	106
El sacramento de la unción de los enfermos. . . . .	173
Postulados ontológicos en la dinámica asistencial . . . . .	178
Semana de reflexión sobre el enfermo. . . . .	182
La ley de la moral . . . . .	186

## NOTICIARIO

Inauguración del nuevo hospital San Juan de Dios. . . . .	40
Jornadas médicas internacionales celebradas en el hospital San Juan de Dios. Barcelona. . . . .	41
Bendición del centro regional de nutrición. Guatemala . . . . .	42
Cursillos de actuación hospitalaria. San Baudilio . . . . .	42
Primeras Jornadas científicas. San Juan de Dios. Caracas . . . . .	43
Un obispo y un médico hablan del valor de la enfermedad . . . . .	85
XII cursillo internacional de leprología. Fontilles. . . . .	86
X congreso mundial de las enfermeras católicas . . . . .	186
III congreso internacional de tecnología hospitalaria . . . . .	187
NOTICIAS BREVES . . . . .	42, 85, 86, 87, 88,
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	44, 89,
FOTOGRAFADOS . . . . .	9, 11, 15, 19, 39, 40, 43, 81,
	82, 83, 104, 152, 162, 163, 164, 165, 166



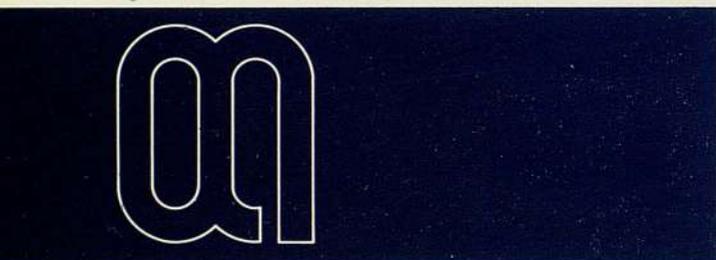
Central de esterilización

Central de lavado



## Instalaciones de:

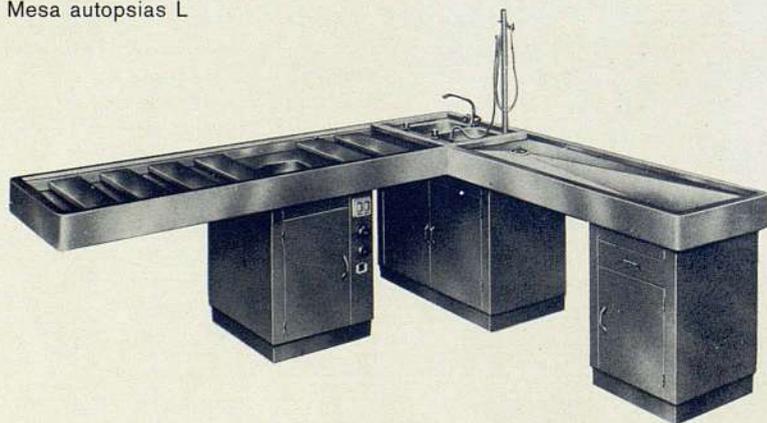
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberoneras
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado  
Esterilizado
- Almacenaje de cuñas



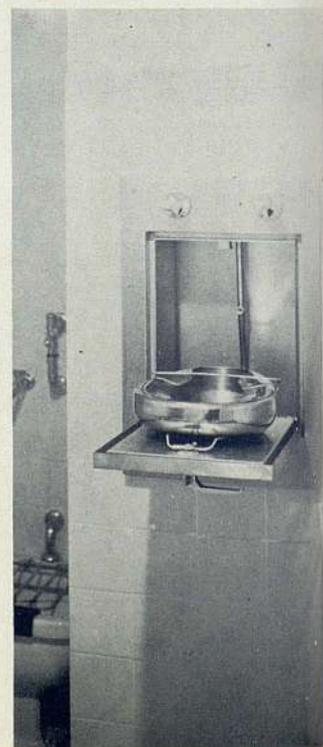
## Entrega de:

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

Mesa autopsias L



Lavador  
de cuñas



PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS



# Antonio Matachana, s.a.

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

# LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado  
su confianza



## CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja de Ahorros Confederada

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



OFICINAS EN:

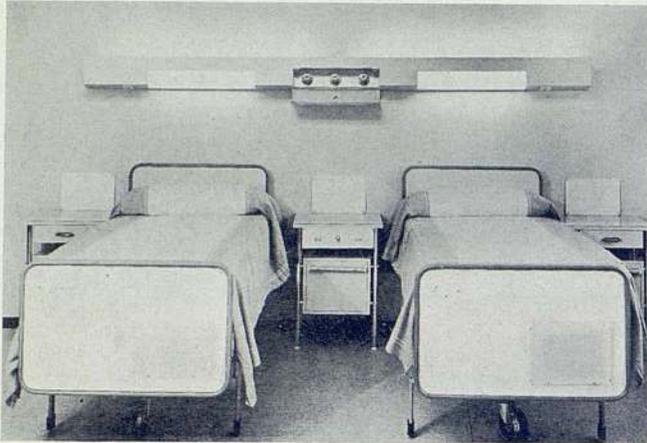
Cardenal Tedeschini, 55  
Viladomat, 247-249  
P.º Zona Franca, 182-184  
Provenza, 391  
Lauria, 20

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

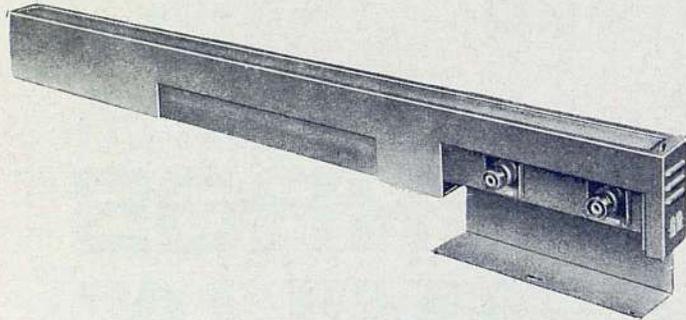
Virgen de Lourdes del 5 al 11  
esq. Viña Larga (Trinidad Vieja)  
Avda. 27 de Enero  
(esq. Gral. Mola) PREMIA DE MAR  
Avda. Alfonso XIII  
(esq. San Lucas) BADALONA

**ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro**

# pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

**panhos**

CREA PENSANDO  
EN EL FACULTATIVO  
Y EN EL ENFERMO

- AMBIENTE MAS GRATO
- TRABAJO MAS COMODO
- MAYOR EFICACIA
- MAS RENDIMIENTO
- DECORACION MODERNA
- MENOS COSTOS

DIVISION MEDICA

FABRICADOS PANHOS: PANTALLAS CANAL HOSPITALIZACION - PANTALLAS PARA LABORATORIO  
NEGATOSCOPIOS - LUCES ESPECIALES CON REOSTATO PARA EXPLORACIONES

CON INCORPORACION DE:

- LUZ AMBIENTAL
- LUZ DE LECTURA
- TOMAS PARA APARATOS MEDICOS
- TOMAS DE OXIGENO, VACIO, AIRE, ETC.
- MICRO ALTAVOZ
- ALTAVOZ HILO MUSICAL
- LUZ RECONOCIMIENTO
- LUZ PENUMBRA
- JACK PARA TELEFONIA
- JACK PARA PULSADOR TIMBRE
- CANALIZACION LIQUIDOS
- ETC. ETC.



Tipo PL - 165

PANTALLA CANAL **panhos** DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE

FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

**panhos** s/a

ROSELLON, 231 - BARCELONA - 8  
TELS. 307 37 58  
308 31 54

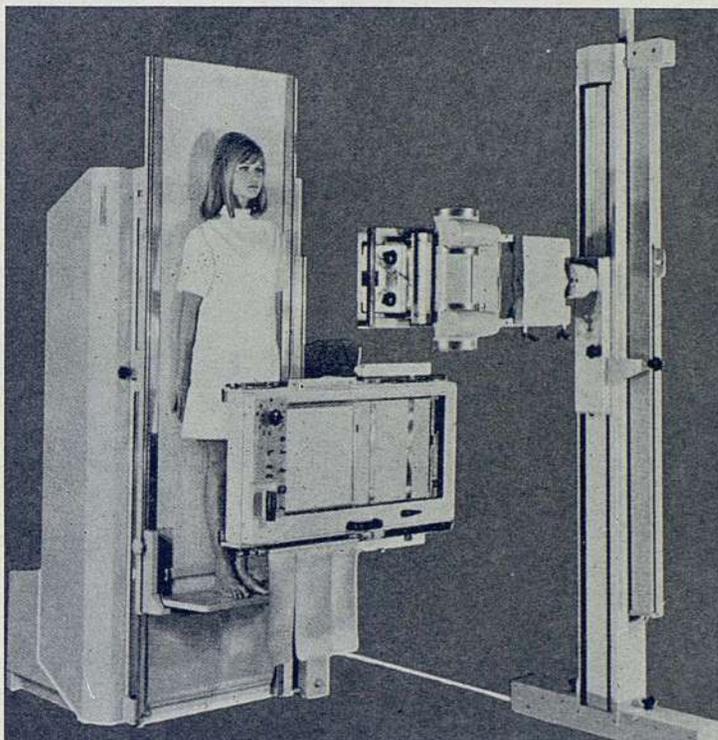
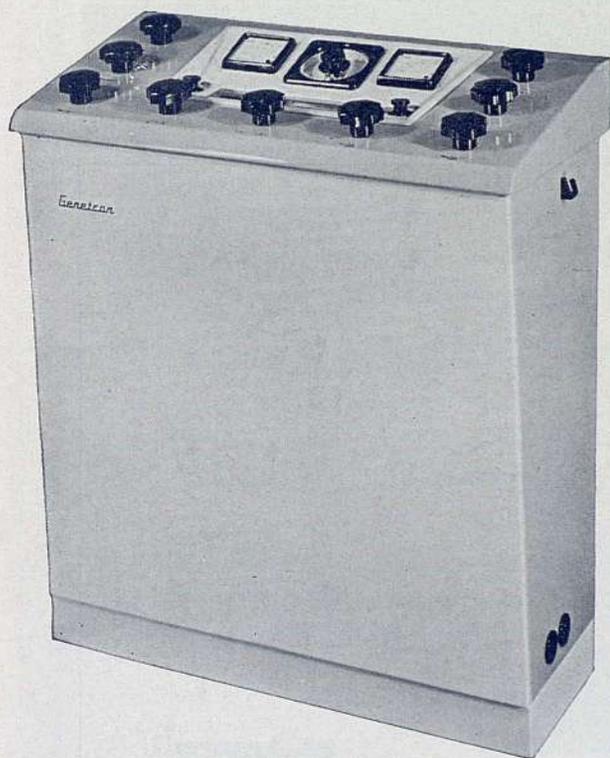
# POR FIN...

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

GENERAL  ELECTRICA  
ESPAÑOLA

## Mesa GENEMATIC

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



## NUEVO GENERADOR DE RAYOS X GENETRON 400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o  
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43  
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4  
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1  
GIJON

General Sanjurjo, 53  
LA CORUNA

Génova, 26  
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47  
MALAGA

Apóstoles, 17  
MURCIA

Castelar, 25  
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20  
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3  
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21  
ZARAGOZA

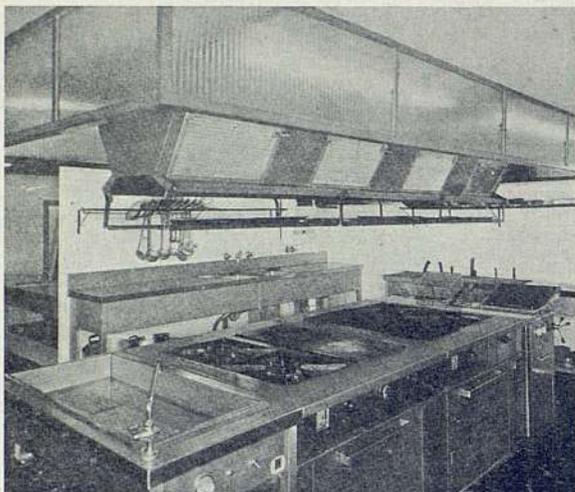
# HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELÉFONOS 2278949 - 2278935 - BARCELONA-6



## MAQUET

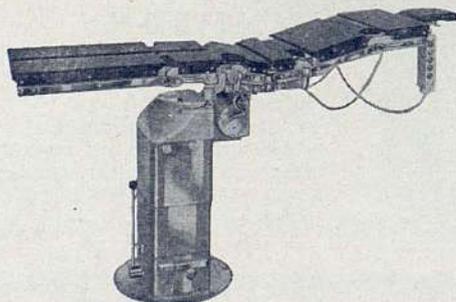


RASTATT/BADEN  
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

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

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



Electromedicina

# FRIA MAS Y MEJOR CON



# Jemi

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

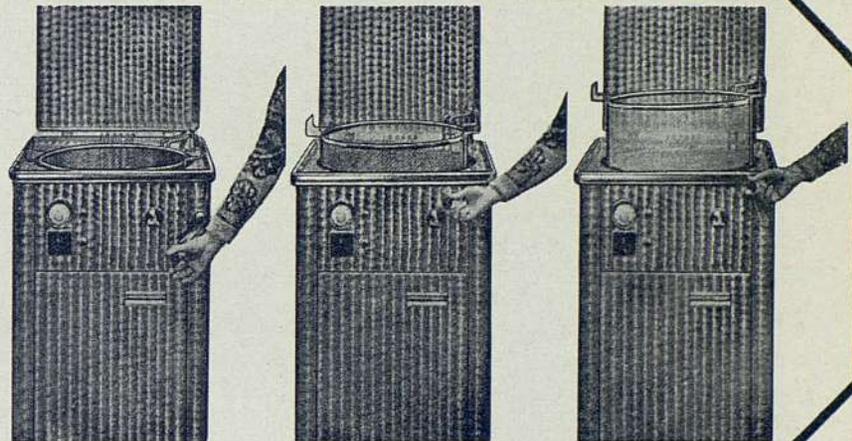


MODELO  
GOLIAT  
30 LTS.

STUDI

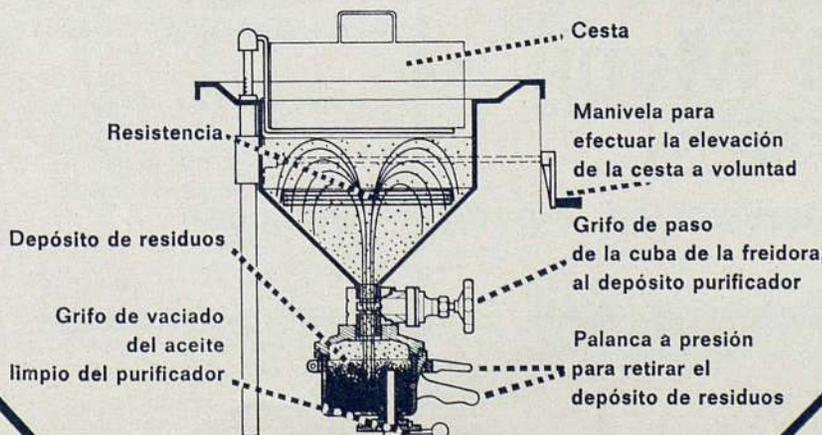
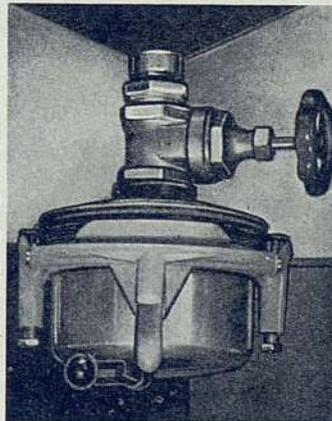
## ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



## PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

\*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME  
AMPLIA INFORMACION DE  
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado .....

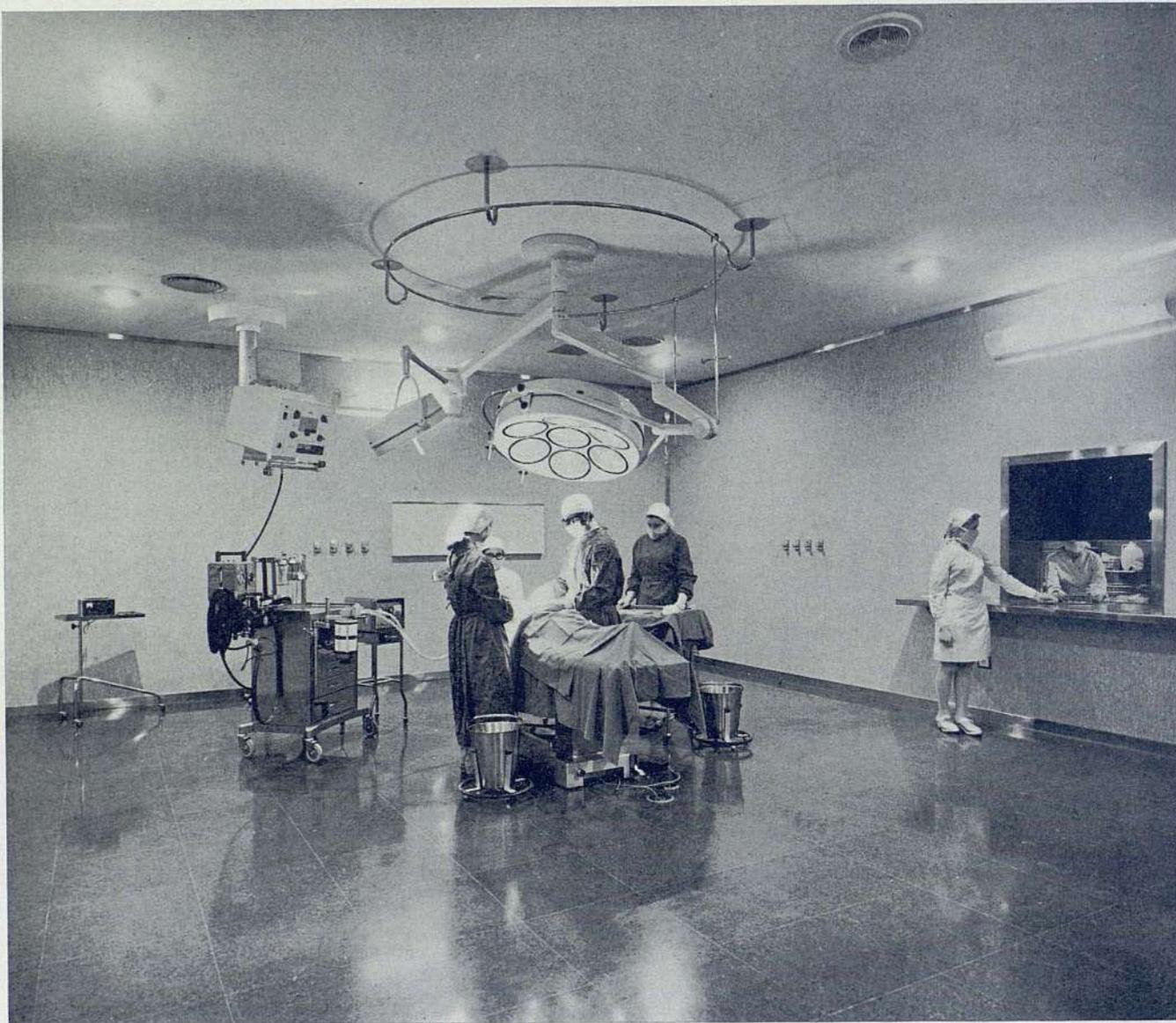
Don .....

Domicilio .....

Población .....

Provincia .....





BLOQUE QUIRURGICO INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

# Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

**Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos**

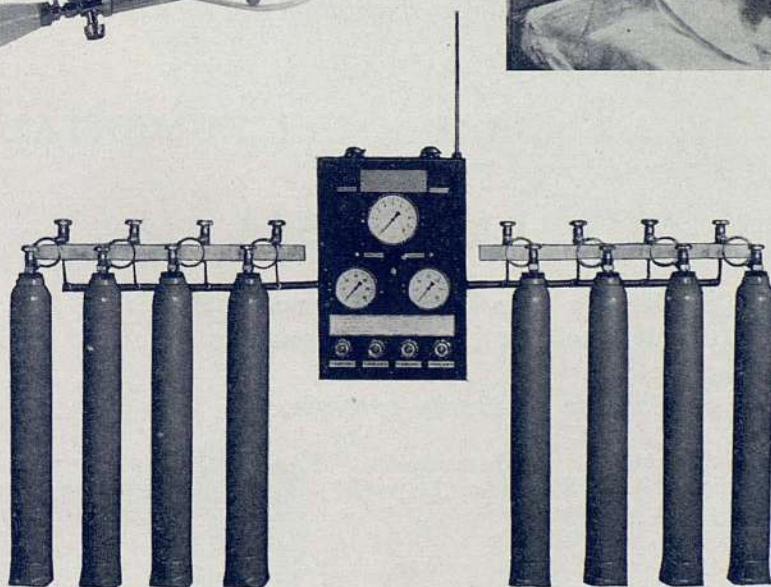
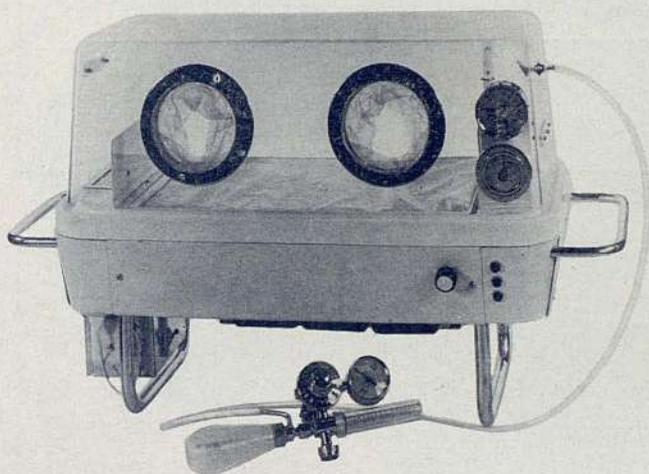
Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



# OXIFAR, S. A.

Nuestra especialización y experiencia durante más de 25 años, en las técnicas oxigenoterápicas, nos permiten aconsejarle y colaborar con usted en los problemas que puedan presentársele en la aplicación de esta terapia, ya sea en tratamientos, como en instalaciones y aparatos.

TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS • APARATOS PARA OXIGENOTERAPIA Y AEROSOL-TERAPIA • INCUBADORAS PARA RECIEN NACIDOS Y PREMATUROS • TIENDAS DE OXIGENOTERAPIA EN CIRCUITO CERRADO • INSTALACIONES CANALIZADAS DE OXIGENO, VACIO, PROTOXIDO DE NITROGENO, AIRE, ETC.



NUESTRAS REALIZACIONES EN TODO EL AMBITO NACIONAL, PRESTIGIAN NUESTROS PRODUCTOS

Solicite información y  
Presupuestos  
sin compromiso

● BARCELONA  
Enamorados, 136  
Tel. 225 82 60

● MADRID  
Amador de los Ríos, 1  
Tel. 419 28 00

● ZARAGOZA  
Baltasar Gracián, 7  
Tel. 25 72 53



**FORET, S.A.**  
BARCELONA

*les  
recuerda  
SU  
especialidad*

**AGUA OXIGENADA**  
neutra estabilizada

# W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

## APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL DE OFTALMOLOGIA

Completísima exposición de las marcas de  
máxima calidad y prestigio mundiales

*Servicio postventa garantizado*

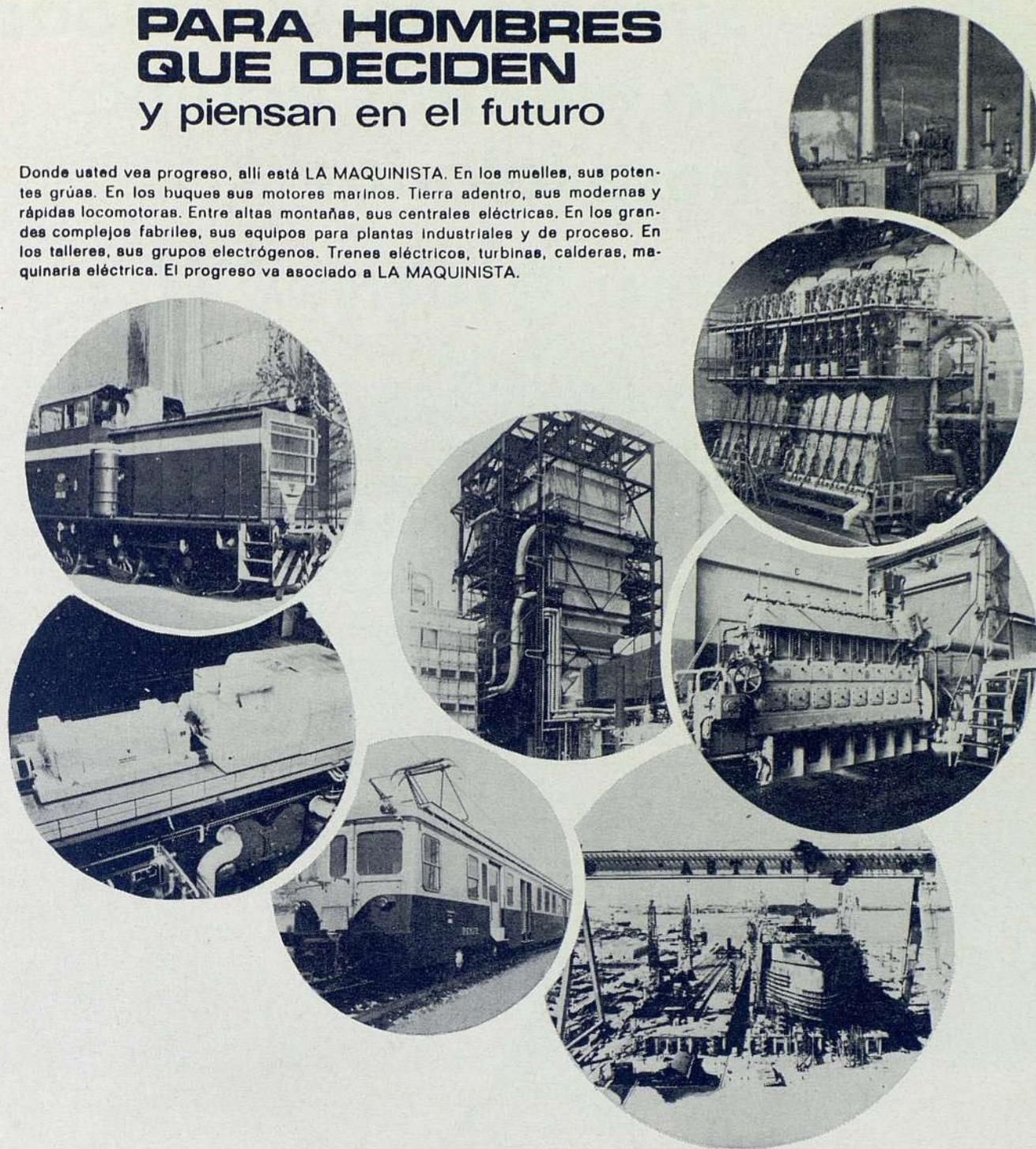
Oculus	Krahn	Möller	Grieshaber	A.Heiss	Moria	Storz
Frigitronics	(Criocirugía)		Kretztechnik(Ecografía)		OpticsTechnology(Laser)	
Nikon(Lámpara de hendidura	fotográfica con «Zoom»)			American Optical		Burton
Gulden	Haag-Streit	Schwarzer	Zeiss	etc.		

Calle Fernando Puig, 36-38 Teléfono 211 47 19 BARCELONA - 6

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona

# PARA HOMBRES QUE DECIDEN y piensan en el futuro

Donde usted vea progreso, allí está LA MAQUINISTA. En los muelles, sus potentes grúas. En los buques sus motores marinos. Tierra adentro, sus modernas y rápidas locomotoras. Entre altas montañas, sus centrales eléctricas. En los grandes complejos fabriles, sus equipos para plantas industriales y de proceso. En los talleres, sus grupos electrógenos. Trenes eléctricos, turbinas, calderas, maquinaria eléctrica. El progreso va asociado a LA MAQUINISTA.



**LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A.**

Fernando Junoy n.º 2 - Teléfono 307 57 00 - Apartado 94 - Barcelona-16



# Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

GENERAL  ELECTRICA  
ESPAÑOLA

## Ofrece:

Equipos Radiológicos para  
exámenes convencionales y  
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7  
Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9  
Alvarez Garaya, 1 - GIJON  
General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4  
Cuarteles, 47 - MALAGA  
Apóstoles, 17 - MURCIA  
Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS  
Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11  
Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID  
P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

# JUAN TRABAL S. en C.



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

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

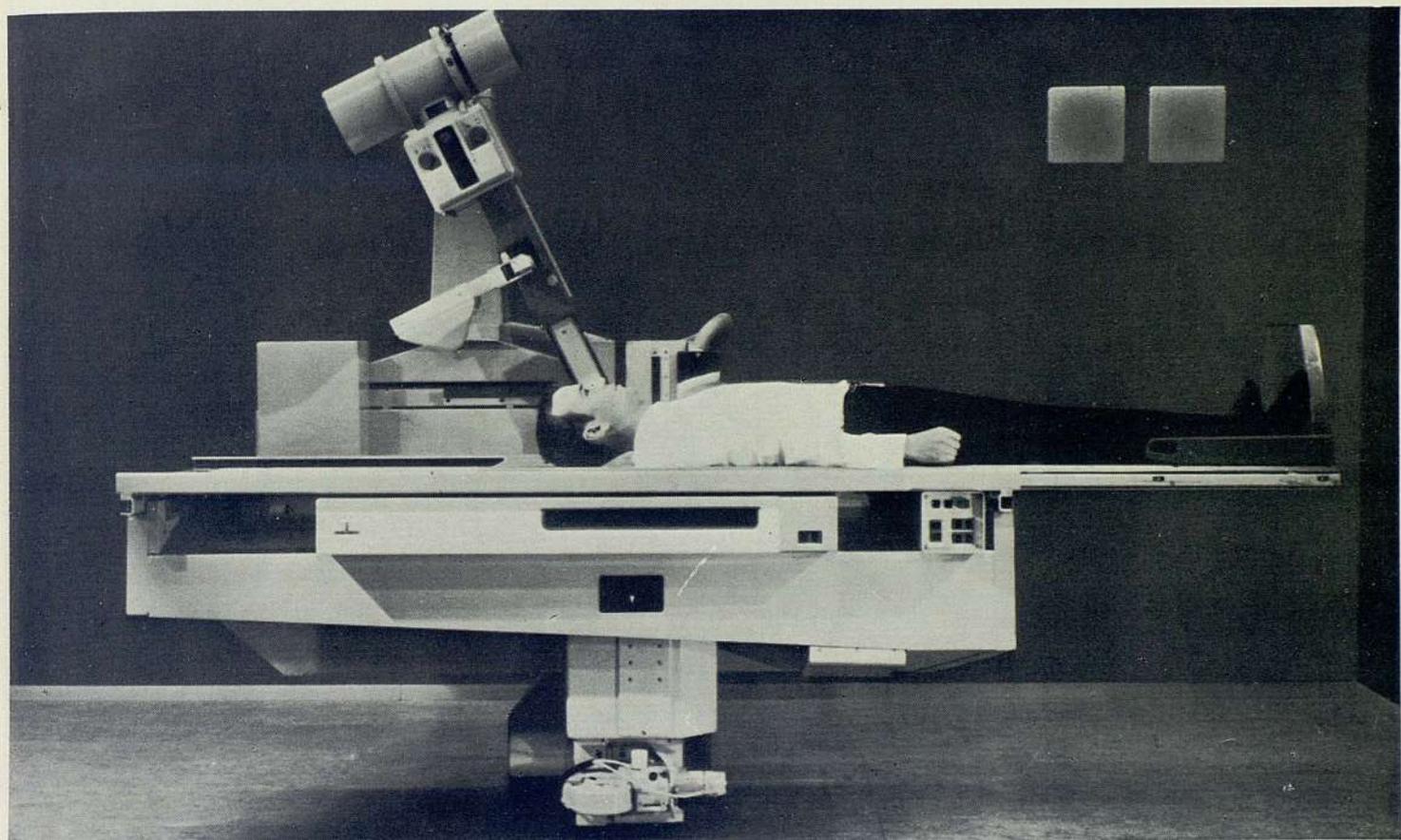
Teléfono 219 92 41

Barcelona 3



SIEMENS

# Con telemando



Con telemando –  
que no es nada extraordinario en la  
era de la técnica moderna.

Pero sí es extraordinario el equipo  
de exploración radiológica SIREGRAPH  
con telemando, por sus múltiples  
aplicaciones y con ello también por su  
elevado grado de utilización.

Una de sus muchas ventajas:

El seguimiento automático del intensi-  
ficador en caso de radiación oblicua,  
con lo cual se evita el desplazamiento  
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica  
con telemando,  
para exigencias máximas

## SIREGRAPH

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

# PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

**OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS**

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 2223096

Barcelona 10