

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral Sanitarias

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 35. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1983
Número 189. Volumen XV

Director

ANGEL M.^a RAMIREZ

Redactores Jefes

Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción

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

*Administración, Publicidad
y Distribución*

José Esteve

Dirección

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

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

Sumario

LH OPINA

- 133 LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

ORGANIZACION DE HOSPITALES

- 134 CONCEPTOS ACTUALES DE LA ENSEÑANZA
EN LA CLINICA DE PSIQUIATRIA
Por Guillermo Calderón
- 138 INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA
Reflexiones sobre sus modelos
Por Carlos Pucheu Regis
- 145 PAPEL DEL CENTRO TRANSFUSIONAL HOSPITALARIO
EN LA DONACION Y TRANSFUSION DE SANGRE
Por Girolamo Sircha

PASTORAL SANITARIA

- 146 PROYECCION EVANGELICA DE LA HUMANIZACION
Por Miguel Pajares
- 155 TEMAS QUE REQUIEREN ESPECIAL ESTUDIO
EN LA PASTORAL SANITARIA
Por José L. Redrado

NOTICIARIO

- 157 HOSPITALES
- 162 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Parece una preocupación de actualidad todo lo que se refiere a la atención primaria de la salud. Los esfuerzos en este sentido han de dar siempre frutos bien patentes para el bienestar de la Sociedad.

A nuestro juicio, sin embargo, muchos de los trabajos de la literatura adolecen de contemplar el problema desde un punto de vista puramente teórico y de generalidades. Por ello nos parece sumamente interesante recoger experiencias concretas —y precisamente en el campo de la Psiquiatría— que resulta, por su diferenciación, una de las ramas que requieren mayor acercamiento al médico de familia, al médico general.

Como contraste, recogemos en este número también un artículo sobre modelos de la investigación en Psiquiatría. Con ello queremos poner de manifiesto que, a pesar de todos los acercamientos imprescindibles a la comunidad, el acervo de conocimientos no puede separarse de la fuente científica que, en medicina, sigue siendo la investigación, ya sea clínica, ya experimental.

Organización de hospitales

CONCEPTOS ACTUALES DE LA ENSEÑANZA EN LA CLINICA DE PSIQUIATRIA

«La mayor parte y la más costosa de los conocimientos médicos tal como se aplican actualmente, parecen responder más a la satisfacción de los profesionales de la salud, que al beneficio de los usuarios de la atención sanitaria».

Doctor H. MAHLER
Director General de la OMS

LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

En 1981, en el Foro Mundial de la Salud, W. H. Stephen¹ describió su experiencia como médico que ejerce la atención primaria en el Servicio Nacional de la Salud de la Gran Bretaña, así como los conocimientos adquiridos en sus visitas a 14 países de América, Europa, Asia y Oceanía en relación con el tema: *La atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica*.

En su evaluación, el autor examina los distintos sistemas en relación con cuatro principios *fundamentales*, a saber:

1. La atención primaria médica debe ser permanente, accesible y fácilmente asequible en el momento en que es necesaria.
2. Cuanto más especializada sea la necesidad de atención médica, más alejada debe estar del acceso directo por el paciente.
3. La atención primaria requiere medios diagnósticos y terapéuticos adecuados para poder examinar y tratar al mayor número posible de pacientes en la misma comunidad.

4. La atención primaria necesita más de recursos humanos para la salud integrados en equipo, que de médicos generales aislados.

De acuerdo con lo anterior señala que al existir la posibilidad de que un 80 a 90 % de los contactos con los pacientes puedan ser resueltos —vigilarse, diagnosticarse y tratarse— en el nivel de la atención primaria, es ilógico que el presupuesto que se dedica a ella en la mayoría de los países sea desproporcionadamente pequeño en relación con las asignaciones financieras y de recursos humanos dedicadas a los hospitales.

Como un corolario de lo anterior señala el hecho de que desde 1947, economistas y políticos han venido señalando que nada permite asegurar que se consiga mejorar la salud de un país, simplemente aumentando los montos presupuestales destinados a los servicios hospitalarios.

Ante la pregunta de ¿cuáles son los factores a los que cabe imputar el uso indebido de los recursos financieros y de personal?, considera que la mayor parte de la culpa recae en la profesión médica, básicamente responsable de asesorar e influir en las acciones de los gobiernos y las opiniones de los pacientes, sugiriendo que de no modificarse radicalmente la formación de los médicos, sobre todo durante los estudios de licenciatura, así como las actitudes de los maestros que participan en la enseñanza, seguirá predominando la actual orientación hacia los hospitales.

No existe un *modelo óptimo* de enseñanza de la medicina, de la misma manera que no existe un *modelo óptimo* de sistema de servicios de salud, ya que cada país tiene sus propias necesidades, influidas y moldeadas

das por su historia pasada y por su actual estructura económica y social. Existe sin embargo un error común a todos los países: el de que las escuelas de medicina parecen no comprender las necesidades del sistema de los servicios de salud a los que suministran médicos. Es por ello que en la actualidad, casi en forma unánime, la formación que reciben la mayoría de los médicos, es en gran parte inadecuada a las necesidades de la atención de salud de primer contacto, en que los pacientes presentan una gran cantidad de síntomas y dolencias que tienden a centrar la atención del médico en la enfermedad más que en las personas y sus problemas.

Es fácil criticar la competencia y el nivel de eficacia de los que trabajan en la atención primaria de salud, en particular desde el plano académico de un hospital clínico, donde la mayoría de los médicos carecen de experiencia en la práctica general y suelen desconocer sus problemas particulares. No es sorprendente pues, que profesores y alumnos por igual, consideren el ejercicio de la medicina general como una carrera de segunda clase adecuada para médicos de segunda clase.

En los últimos años, en México, al igual que en muchos otros países, se ha dado un interés especial a la formación de médicos generales, a los que protege de la opinión general anteriormente mencionada, capacitándolos en Medicina Familiar, dedicando más de un cincuenta por ciento de los recursos que se destinan a estudios de postgrado a la preparación de médicos, que al irse integrando a nuestros sistemas de seguridad social tendrán que ser destinados a la atención primaria de salud.

LA ENSEÑANZA DE LA CLINICA DE PSIQUIATRIA

Siendo posiblemente la psiquiatría una de las especialidades médicas que más ha evolucionado en los últimos años, ya que de una actividad manicomial sin implementos terapéuticos eficientes, se ha transformado en las últimas décadas en una rama importante de la medicina general y de la salud pública. Problemas como la depresión, el alcoholismo, la farmacodependencia, el niño hiperquinético, etc. deben ser bien conocidos por el médico en formación ya que un buen porcentaje de los enfermos que recurrirán en busca de su ayuda corresponderán a estos cuadros clínicos.

Tomando en cuenta lo anterior, y el hecho de que un cincuenta por ciento de los médicos que entrenamos actualmente van a tener que realizar estudios de postgrado en medicina familiar y todos los no aceptados tendrán que ejercer la medicina general, es un compromiso relevante para todos los médicos que tenemos la responsabilidad de formar nuevos profesionales de la salud, el saberlos entrenar para dos posibilidades, la del especialista que trabajará en una moderna institución hospitalaria con todos los adelantos de la medi-

cina moderna, y la del médico que tendrá que dedicar su vida profesional al servicio primario de la comunidad.

Es frecuente sin embargo que debido a nuestra formación o deformación profesional, y a las actividades académicas en que estamos inmersos, olvidemos que tenemos que entrenar a buenos médicos generales y no a malos pseudoespecialistas que en función de su trayectoria profesional posterior, habrán adquirido conocimientos muy elementales si van a entrenarse en nuestro propio campo de trabajo, y muy poco útiles si se orientan en otro sentido. Es urgente pues la revisión y actualización de los programas en el área de las especialidades médicas con el fin de que los alumnos adquieran conocimientos de utilidad básica para el diagnóstico, la terapéutica y la prevención en el campo de la medicina general.

LA EXPERIENCIA DE SAN RAFAEL

Ninguna especialidad se encuentra aparentemente tan distante de la medicina general como la psiquiatría, en donde por lo general no existen servicios psiquiátricos en hospitales generales. Tratando de romper los viejos patrones de la psiquiatría tradicional, con la experiencia de haber trabajado seis años en el que fuera Sanatorio de Hacienda, magnífico hospital general, y con el entrenamiento de varios cursos y seminarios viajeros de la Organización Mundial de la Salud, en 1974 fundamos como un anexo de la Clínica San Rafael (hospital con 200 camas psiquiátricas) el Centro de Salud Mental Comunitaria del mismo nombre, que debería funcionar a base de coordinación entre la iniciativa privada, las instituciones oficiales y los institutos de educación superior sin un presupuesto fijo para su sostenimiento. Serviría a la Delegación de Tlalpan en donde se encuentra asentado, en programas comunitarios de prevención primaria, secundaria y terciaria, y debería tener además actividades de servicio, de docencia y de investigación.

Ocho años después de fundado ha sido considerado por la Organización Panamericana de la Salud² como un ejemplo para otros países y al visitarlo en 1976 el doctor Thomas Lambo, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud, dejó anotados en nuestro libro de visitantes distinguidos, los siguientes conceptos:

«Hoy he sido testigo de uno de esos servicios estimulantes, prácticos y valiosos para la comunidad, manejado por personas que están enteradas e interesadas en la necesidad de diseñar un nuevo enfoque en el problema de otorgar una atención primaria en el campo de la salud mental a la comunidad.

Estudios operacionales de esta naturaleza nos darán la información válida y científica para ayudarnos a establecer un trabajo más realista en el campo de la salud mental comunitaria en el futuro».

En el año de 1982 nuestros programas preventivos llegaron a 31 804 personas, en nuestros consultorios

se impartieron 5105 consultas gratuitas, la mayor parte a enfermos con problemas psiquiátricos de medicina general, se realizaron 1415 sesiones de psicoterapia individual, familiar y de grupo, y se efectuaron 1773 estudios psicológicos. Ocho universidades se encuentran coordinadas con el Centro y la Clínica, tres de ellas a nivel de especialización, maestría y doctorado. La docencia es multidisciplinaria y participan en ella seis escuelas de medicina, cinco de psicología, dieciséis de enfermería y cuatro de trabajo social. Nuestra Coordinación de Docencia a nivel de postgrado imparte los Cursos de Especialización en Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Guadalajara (División México), y los cursos de maestría y doctorado en diversas áreas de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Iberoamericana.

La clínica de psiquiatría a nivel de licenciatura se imparte a los alumnos de la Universidad Anáhuac, de la Universidad Autónoma Metropolitana, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) de Ixtacala, de la Universidad Autónoma de Morelos y a partir de 1982 de la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. Los cursos se organizan de acuerdo con las autoridades de cada institución y los alumnos asisten por períodos variables: siete semanas, cuatro semanas, fines de semana por varios meses, etc.

En el campo de la investigación, con la participación activa de nuestros alumnos, se han efectuado varios estudios en el campo de la salud pública, la clínica psiquiátrica y la psicofarmacología. En 1976 tuvimos el honor de ser invitados por la Organización Mundial de la Salud para participar junto con Escocia y Zambia en su investigación internacional: *Respuesta de la comunidad a los problemas originados por el alcohol*³, cuyos resultados finales en México se publicaron en junio de 1981⁴; por la misma fecha se terminó el informe internacional⁵ que será publicado por la propia Organización Mundial de la Salud.

ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA A LA ESCUELA MEXICANA DE MEDICINA. UNIVERSIDAD LA SALLE *

En julio de 1982 se incorporó esta escuela con nosotros. Para poder ofrecer una enseñanza eficiente era preciso movilizar a todo nuestro equipo y adaptarnos a las necesidades que el programa de la nueva institución demandaba; para ello era necesario tomar en cuenta los siguientes factores:

1. Los primeros alumnos llegaban sin conocimientos teóricos de psiquiatría, ya que el curso apenas se iba a iniciar.
2. Su estancia en nuestra institución sería de cuatro semanas, en turno matutino.

* Una de las más importantes Universidades Católicas de México.

3. El curso debería de estar acorde con nuestros principios de proporcionar en breve tiempo un buen entrenamiento que fuera útil al médico general y que no subestimara el alto nivel académico de una institución especializada.

El programa tentativo diseñado por la Dirección y la Coordinación de Docencia, sujeto a evaluaciones y modificaciones periódicas, se estableció y se está desarrollando en la siguiente forma:

Entrenamiento teórico

Sólo unas cuantas clases de elementos básicos de psiquiatría se imparten en la forma tradicional de *conferencias*. Poco después de iniciado el curso se estableció el sistema de *mesas de discusión dirigida*, fijando un tema de interés médico general y pidiendo a los alumnos que lo desarrollen, previo estudio de la bibliografía que se les proporciona. Divididos en equipos deben presentar en resumen una exposición sobre diversos aspectos del mismo, el maestro que actúa como moderador, corrige, amplía, ejemplifica y comenta el tópico a tratar, el resto de los alumnos participan en comentarios libres.

Esta experiencia que desde hace cuatro años hemos implantado en nuestros cursos de la Universidad Anáhuac ha tenido tanto éxito que en varias ocasiones se ha presentado el caso, estimulante para nosotros, de que los alumnos soliciten a la Dirección de la Escuela, un aumento en las horas destinadas a psiquiatría. Ello permite que el alumno previamente estudie, analice, sintetice, exponga y comente, con lo que se logra que la atención y participación activa del grupo sea efectiva en un alto nivel.

En la última semana se organiza una sesión académica sobre el tema *Salud Mental y Salud Pública*, en la que participan todos los alumnos, cuatro como expositores y cuatro como comentaristas; se utiliza el libro escrito con este propósito y del cual se señalan los aspectos más importantes a tratar. La sesión es moderada por el Director o el Subdirector del Centro y su preparación requiere varias horas de estudio si se quiere concretar una experiencia de aprendizaje de elevada calidad.

Práctica clínica

Pese a la brevedad del tiempo de la práctica, los alumnos deben dividir su entrenamiento en las dos áreas de la institución, dos semanas en la Clínica y dos en el Centro. Bajo la supervisión eficiente y amistosa de nuestros residentes del Curso de Especialización en Psiquiatría, elaboran historias clínicas sencillas en ambas áreas. El resto del tiempo deben convivir en actividades sociales, recreativas, deportivas y culturales de los enfermos de la clínica, experiencia inapreciable para un profesional de la salud.

Sesiones clínicas

Una vez por semana se presenta un caso clínico, el ponente es un médico residente. Al terminarse la lectura de la historia, se solicitan preguntas sobre el estudio elaborado al auditorio con el fin de ampliar la información. El comentario oficial está a cargo de un médico adscrito y posteriormente se emiten comentarios libres que en general son nutridos y siempre respetuosos. A los alumnos del curso se les pide que vean al enfermo o estudien el expediente si ya no está en la institución; deben presentar un comentario sencillo con criterio médico general, inmediatamente después del comentario oficial.

Sesiones bibliográficas

Un día por semana se presenta una sesión bibliográfica, que es obligatoria para los médicos residentes del Curso de Especialización en Psiquiatría y voluntaria para los médicos adscritos. Los alumnos de la Escuela Mexicana de Medicina participan, preguntando y comentando. Desde que asisten por primera vez a la institución se les señala un artículo de interés médico-psiquiátrico general, que deben de presentar por parejas. Su labor consiste en solicitar el material a una biblioteca, traducir y resumir el artículo. De los cuatro que se presentan se escogen los dos mejores y los leen los propios alumnos en la última sesión bibliográfica a la que asisten. Este entrenamiento se considera básico para todos los profesionales de la salud.

Libros de texto

La mayor parte de los tratados de psiquiatría se consideran obsoletos por el rápido cambio de la misma; se han preparado dos libros por el autor de este artículo, que se revisan con periodicidad, el resto del material se proporciona con artículos monográficos y bibliográficos.

Participación en docencia e investigación

Dada la brevedad del curso no es posible que los alumnos participen en forma muy activa en este tipo de actividades como lo hacen los médicos que realizan su Servicio Social en Tlalpan, y los Residentes del Curso de Postgrado; sin embargo colaboran actualmente en estos programas, integrados dentro de los equipos multidisciplinarios que se entrenan en el Centro Comunitario.

Evaluación de conocimientos

La calificación se integra con la suma de los criterios de los profesores que han participado como supervisores o tutores en las actividades señaladas.

Evaluación de la calidad del curso

Cada mes se efectúa una evaluación periódica entre los profesores, al final de cada curso se solicita a los alumnos comentarios y sugerencias, al terminar el semestre se efectúa una evaluación general con el fin de reprogramar con las modificaciones enriquecedoras. La opinión de las altas autoridades de la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle sobre nuestro sistema de trabajo, será inapreciable aportación a nuestros programas.

RESUMEN

Tomando en consideración la importancia creciente que cada día tiene la atención primaria de la salud y con la idea de preparar buenos médicos generales, en el presente trabajo se describe el programa que se ha puesto en marcha para realizar la enseñanza de la psiquiatría en la Clínica San Rafael, y que tiene como finalidad el impartir conocimientos útiles para el médico que trabaje en medicina general o familiar. Durante un mes los alumnos participan en las actividades asistenciales y docentes que desarrolla un hospital de la especialidad.

Los conocimientos teóricos se imparten tanto en el sistema tradicional de la conferencia, como en el moderno de las mesas de discusión dirigida y de las sesiones académicas, en donde el alumno estudia, resume, expone y comenta, bajo la supervisión de sus maestros, un tema de interés médico-psiquiátrico general. Su participación activa en sesiones clínicas y bibliográficas, contribuye a iniciarles en lo que deberá ser su vida académica en el futuro. La evaluación periódica del programa por parte de maestros y alumnos permitirá perfeccionar el sistema.

GUILLERMO CALDERON N.

Director de la Clínica
y del Centro de Salud Mental Comunitaria *San Rafael*

BIBLIOGRAFIA

1. STEPHEN, W. J.: *La atención médica primaria y el porvenir de la profesión médica*. Foro Mundial de la Salud. 2 (3): 365-385, 1981.
2. CALDERÓN, G.: *Mexico's San Rafael Community Mental Health Center: six years of progress*. Bull. Pan Am Health Org., 16 (1): 17-27, 1982.
3. CALDERÓN-NARVÁEZ, G. y SUÁREZ DE ULLOA, C.: *La investigación de la Organización Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol*. Gaceta Médica de México. 116 (6): 259-264, 1980.
4. CALDERÓN, G., CAMPILLO, C. y SUÁREZ, C.: *Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol*. Reporte Final de México. Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1981.
5. *Community Response to Alcohol-Related Problems*. Phase I. Final Report. World Health Organization. July, 1981.

INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA

Reflexiones sobre sus modelos

Nos dice Villoro¹¹, que hay dos modelos ideales de conocimiento: la ciencia y la sabiduría. En la primera predomina el saber, en la segunda, el conocer. La garantía de acierto en el saber es la objetividad, que es válida para cualquiera y por tanto puede ser impersonal. En cambio, la garantía de acierto en el conocer es la experiencia personal.

Hay muchos cuerpos de conocimiento donde resulta difícil separar la sabiduría de la ciencia. Puede intentarse clasificarlos según prive en ellos un saber objetivo o un conocimiento subjetivo y personal. En un extremo las disciplinas científicas básicas; en el otro, el arte, la moral, la religión; en diferentes grados intermedios, las disciplinas mixtas, en las que interviene por igual un saber objetivo y un conocimiento personal, entre ellas: la medicina y como rama de ésta, la psiquiatría. Las dificultades de ambas para la ampliación de un enfoque tradicionalmente individual a una perspectiva social, se derivan en parte de su condición de ramas de las ciencias aplicadas cuyo destino es lograr resultados prácticos.

Para las disciplinas básicas su ideal es explicar un hecho en un enunciado general y de ser posible plasmarse en un lenguaje matemático, para que su conjunto de saberes sean compartibles por cualquiera. El conocer cobra mayor importancia cuanto más aplicada y menos teórica es una ciencia. Las ramas de las ciencias empíricas, admiten descripciones variadas que aluden a un conocimiento personal del que tiene la experiencia en ese campo. Las observaciones personales directas que interesan a la ciencia, son aquéllas en que el conocer interviene en el descubrimiento de nuevos saberes científicos; pero condiciona para admitirlos, que los enunciados de observación originados

en una experiencia directa, sean comprobables por otros sujetos y compartibles por una comunidad epistémica determinada. Estas observaciones deben estar cimentadas en un marco conceptual que responde a preguntas planteadas y que pueden referirse a teorías vigentes o proceder de alguna ideología-doctrina capaz de conducir a la acción. En este sentido el marco conceptual de referencia es «el que orienta el conocimiento del observador para que busque en el objeto las características que le interesan y destaque en él ciertos rasgos con exclusión de otros».

Al conocimiento derivado de la experiencia, le interesa captar una realidad provista de valor que no puede prescindir de un enfoque subjetivo, «no desdén la confusa variedad de lo individual», «no le interesan las explicaciones por reducción a ideas simples, sino reconocer en una persona a través de su conducta manifiesta, las motivaciones peculiares ocultas que la animan», «con lo que logra encontrar unidad a la diversidad de sus apariencias».

La relación con el valor es distinta en la ciencia. Los juicios de valor no deben distorsionar el proceso de razonamiento, si ha de alcanzarse un saber objetivo. Si se abandona el ideal de objetividad se aproxima a formas de creencias, en las cuales el conocimiento se pone al servicio de intereses particulares, «de grupos sociales, de ocupaciones o profesiones, de clases o de nacionalidades, quienes mediante procedimientos científicos, pueden encontrar los medios eficaces para la consecución de sus fines».

Cuando se hace referencia a la salud mental, como algo independiente de la salud, se manifiesta en nuestro lenguaje la herencia del dualismo cartesiano, que se expresa además en las dicotomías: salud-enfermedad y

mente-cuerpo. Salud mental es salud integral, individual y colectiva. Es la búsqueda constante del ser humano por alcanzar niveles de bienestar, idealmente equitativos, a sabiendas de que se trata de un proceso dinámico en el que activamente se gana de manera temporal el estado de salud, que a su vez, se pierde transitoriamente debido a una serie de factores, y en el que es posible recobrar la salud de manera parcial o total. El proceso es pues iterativo.

La enfermedad mental en un sentido genérico es un término lingüístico para referirse a cierto tipo de fenómenos, a los que los miembros de todos los grupos sociales y en todas las épocas de la historia se han visto expuestos. Existe, por tanto, un conjunto de convicciones intelectuales o culturales que definen a la enfermedad en términos de indeseabilidad para la persona y asociada a desajustes en la conducta y con o sin sensación de malestar. Como la condición de la enfermedad no es algo deseable, la sociedad y la cultura van a dar origen al empleo de medidas correctivas. Estas incluyen a una serie de creencias y explicaciones sobre la enfermedad, de donde se van a derivar un conjunto de reglas de conducta que racionalizarán las actividades del tratamiento; éstas serán aplicadas por grupos especializados de la sociedad o en ocasiones por cualquier persona, y serán en su esencia medidas socialmente adaptativas. Estos sistemas de creencias constituyen lo que se llama: un modelo.

Los modelos científicos se construyen principalmente para promover la investigación científica y derivar de ella medidas específicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. Constrastan con los modelos que no son científicos y se fundamentan en conceptos populares sobre la enfermedad mental, que emplean para referirse a ella términos análogos y representan esfuerzos para la adaptación social.

La construcción de modelos científicos se origina en las sensaciones y las percepciones del investigador. El paso a modelos requiere, por una parte, inferir datos a partir de las percepciones y, por la otra, obtener información partiendo de los datos. Para convertir percepciones en datos, se requiere emplear teorías, que a su vez se derivan del estudio de los modelos¹⁰.

El modelo que se elige determina el papel o rol que es deseable asuman el individuo o paciente, la familia, la comunidad y la sociedad en conjunto, lo que a su vez va a delimitar las fronteras de la responsabilidad del profesional al convertirse en norma para la educación, práctica profesional y modo de investigar.

Un modelo se selecciona en razón de lo que se quiere hacer con él, es decir, se elige en función de encontrar los medios eficaces para la consecución de fines. Y la elección de fines puede ser asunto de ciencia y producto de una ideología.

Siguiendo a Rosenblueth¹⁰, vale recordar que no solamente existen dos ideologías: la proletaria o socialista y la burguesa o capitalista, sino multitud de ellas, y que en el uso corriente contemporáneo no siempre se

condiciona la ideología a relaciones de producción y a luchas por el poder, aunque las más de las veces estos factores son determinantes de la ideología. Parece inevitable que todos tengamos alguna ideología que nos apasione, fruto de la propia experiencia, de la razón y de los conocimientos científicos; y un código ético condicionado por valores axiológicos, resultantes de conceptos religiosos individualizados y de la manera particular de apreciar el prestigio y de valorar el propio comportamiento y modo de ser. Lo importante de nuestra propia ideología es que nos motive a la acción, pero que mantengamos control sobre ella para que no se convierta en fanatismo. Cuando la ideología es compartida por un grupo, influyen los mismos factores que intervienen en la ideología individual y se añaden: la necesidad de pertenencia al grupo; la idea de que fortaleciendo al grupo nos fortalecemos a nosotros mismos; el pensamiento mágico según el cual, si pertenecemos a un grupo superior, somos superiores, y el efecto radicalizante que surge de las discusiones en grupo.

No se exagera al decir que detrás de toda ciencia hay un ideología. «En este esquema, ideología es una doctrina capaz de conducir a la acción; doctrina es un conjunto de dogmas constituidos por axiomas casi irrenunciables (aun ante evidencia teórica o experimental) y axioma es una proposición que no se demuestra¹⁰.

La ciencia no es algo dado, sino la resultante de las preguntas que se hacen para buscar respuestas, por lo que la ciencia es inseparable de los científicos y éstos no pueden ser gentes sin compromisos, por eso invariablemente tienen detrás una ideología, que los hace mostrar preferencias o reservas, aceptar unos principios y otros no. Si algunas respuestas han sido buscadas y otras no; si quedan muchas preguntas sin contestar y otras incluso sin formular, es porque las personas que se dedican a la actividad científica y las que toman las decisiones manifiestan su ideología. La ideología detrás de toda ciencia se expresa en la elección del tema a investigar, lo cual constituye un problema de ética, y la ética es una faceta de la ideología cuando no la ideología misma. Por lo que si ha de hacerse ciencia, la preocupación deberá estar centrada en la ética, es decir: a partir de qué supuestos, para beneficio de quién, buscando qué, con qué métodos, a qué costo social y económico, quién y cómo debe decidir, y qué hacer con los resultados.

El modelo que sirve de base a la investigación biomédica, es el modelo dominante para la comprensión de la enfermedad en el mundo occidental. Los méritos del modelo y los avances que ha propiciado no necesitan discutirse. Sin embargo, muchos especialistas en salud cuestionan al modelo biomédico no por su excelencia científica, sino porque a pesar de ser lineal, restrictivo y sobresimplificado, se le ha convertido en un imperativo cultural que trasmite su propia ideología.

Del modelo biomédico se han derivado los modelos médico-psiquiátricos tradicionales; el primero de ellos

proviene del modelo de Koch para las enfermedades infecciosas. Su concepción afirma que un tipo particular de agente es la causa de una entidad patológica; por ejemplo, la espiroqueta pálida causa la neurosífilis parética. Busca la explicación total de una enfermedad en base a una sola causa.

El modelo evolucionó al incorporar los alcances del modelo de patología celular de Virchow, donde se afirma que la enfermedad se debe a un defecto material de las células u órganos del cuerpo. Este defecto es único y causado por un agente externo o por alguna aberración específica de la estructura y la fisiología intrínseca de la célula, tal y como se observa en los síndromes demenciales de Alzheimer y Pick. También puede deberse a la ausencia de una enzima, como ocurre en los casos de oligofrenia fenilpirúvica o a la deficiencia de una vitamina como en la demencia pelagrosa. La mayoría de las explicaciones de este modelo son de naturaleza funcional y fascina a la mayoría de los psiquiatras; por ejemplo, la clonidina administrada oralmente produce una caída significativa del MHPG urinario en los sujetos sanos, efecto que no se observa en los enfermos con depresión que no han recibido tratamiento, y quienes después de ser tratados con medicamentos antidepresivos recuperan dicho funcionamiento⁴, pero aún no se puede decir por qué en un momento determinado falla el metabolismo de las catecolaminas. Es decir, se explica en parte la patogenia pero difícilmente la etiología.

De la teoría de la unicausalidad se pasó a la teoría de la multicausalidad que acepta la intervención de factores: bacterianos, virales, genéticos, inmunológicos, tóxicos, nutricionales, psicológicos y hasta sociales.

Por extrapolación analógica llevada demasiado lejos, el modelo se emplea para la explicación de todas las enfermedades mentales, a pesar de que se trata a los factores psicosociales como si fueran de la misma naturaleza que los factores biológicos, físicos y químicos. En consecuencia se favorece una limitación para comprender la interacción entre lo psicosocial y lo biológico; así cuando las conclusiones de los hallazgos de laboratorio se aplican a la realidad psicosocial, existe una diferencia básica de perspectiva, pues la experimentación toma como punto de partida aquello que en el ambiente físico, psicológico, social, económico, político y cultural es un punto de llegada.

Estructurado para su aplicación clínica existe otro modelo médico tradicional que es el de diagnóstico de la enfermedad. Kety⁶ lo ha definido como un proceso que avanza del reconocimiento y valoración de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica, en la cual la etiología y la patogenia son conocidas y el tratamiento es racional y específico. Sin embargo, esta situación ideal no ocurre en la mayoría de las enfermedades y mucho menos en las psiquiátricas. En la medida en que nuestro conocimiento aumenta, se reconoce la existencia clínica de subformas múltiples de cada enfermedad, por lo que el modelo

es idealista y no realista. Además, el tratamiento exitoso de la enfermedad no tiene que depender necesariamente de un conocimiento de su etiología, como lo demuestra la existencia de otro modelo médico-psiquiátrico de empleo cotidiano que es el curativo. En este modelo se emplean una serie de medidas terapéuticas que empírica o experimentalmente han mostrado algún grado de eficacia; acepta que por ahora la mayoría de las enfermedades mentales no pueden ser curadas, cuando más, lo que el psiquiatra puede hacer es aliviar el sufrimiento de los síntomas, emplear su personalidad como un poderoso agente psicoterapéutico y evitar hacer daño al paciente. Sin embargo, propicia en su versión menos afortunada el ejercicio de una psiquiatría que considera al hospital como su ámbito preferente de actuación, centrada en acciones dirigidas estrictamente a la sintomatología presente, que concede poca importancia al pasado del enfermo y que se desentiende del futuro del mismo.

Vemos entonces, que abundan las tautologías y las falacias en el campo de la psiquiatría y hemos de andar como entre cardos para no espinarnos, pues la contribución de las tautologías al conocimiento es nula y la de las falacias negativa. El peligro proviene de tomar demasiado en serio al modelo biomédico en su capacidad explicativa de todas las variantes del proceso salud-enfermedad mental, y sentir como verdad evidente que en los modelos derivados operan todas las relaciones y las propiedades relevantes que son válidas sólo en aquél. Por lo que es importante no confundir la estrategia de investigación fraccional y analítica, metodológicamente válida, del modelo biomédico, con los modelos de acción inspirados en él. En la actualidad las perspectivas del modelo biomédico y las de la investigación clínica basada en éste, son promisorias de hallazgos que revolucionarán el campo de la psiquiatría y la salud mental. Veamos sucintamente un panorama³.

Psiconeurofisiología

Los estudios sobre el sueño y sus fases, así como sus componentes neuroquímicos y neurofisiológicos han facilitado su aplicación a la clínica lo que permite avanzar en el conocimiento del sueño y sus perturbaciones. La antigua dicotomía mente-cerebro empieza a reducirse con el conocimiento de que el antes mudo hemisferio derecho es mediador de procesos intuitivos y de relaciones espaciales y el hemisferio izquierdo de procesos verbales.

Psiconeurofarmacología

Surgen nuevos compuestos derivados y análogos, susceptibles de ser estudiados en su farmacodinamia, sus sinergias, incompatibilidades y efectos colaterales a corto y largo plazo. La línea de investigación sobre endorfinas ofrece la posibilidad de producir sustancias que se ligan con los receptores opiáceos y que no sean adictivas, lo que permitirá tratamientos más efectivos en el problema

de dependencia al alcohol y otras drogas, por lo que la introducción de nuevos fármacos más específicos está a la vista.

Psiconeurobioquímica

A partir del conocimiento de que cada neurona secreta sus propios mensajeros químicos y los almacena en forma inactiva, en tanto un impulso nervioso las libera y una enzima es responsable de su inactivación fisiológica, con mayor frecuencia se descubren sustancias con una configuración molecular propia y que cuentan con receptores especiales. Además de estas sustancias sintetizadas en los extremos sinápticos de las células nerviosas y que transmiten información a las células siguientes, se reconocen a otras sustancias cuya acción consiste en modular y son coadyuvantes en el proceso. Hoy se sabe con certeza que las aminas biogénicas juegan un papel fundamental en el sustrato bioquímico de los desórdenes afectivos. Otra explicación parcial es que la dopamina está involucrada en las manifestaciones de la esquizofrenia.

Psiconeuroendocrinología

Hay datos que sugieren que varios tipos de endorfinas y otras sustancias péptidas son neurotransmisores de sistemas neurales específicos y que son mediadores de la integración de información sensorial relacionada con el dolor y con las emociones. La identificación de receptores específicos en las células del cerebro y de diversas sustancias péptidas constituye una línea de avance que de acuerdo a las hipótesis permitirá descubrir a un análogo endógeno de la benzodiacepina en el cerebro.

Se prevén además avances en la psiconeurogenética. Los estudios experimentales de la conducta animal han provisto de modelos insustituibles para abordar el estudio de la conducta, por lo que la modificación de la conducta se ha incorporado a la psiquiatría como un recurso terapéutico para algunas condiciones patológicas que son comprensibles como defectos en el aprendizaje. El psiquiatra empieza a contar con ciertos recursos procedentes del laboratorio, que permiten determinar en suero niveles de hormonas involucradas en los desórdenes afectivos, determinación en orina y líquido cefalorraquídeo de productos finales del metabolismo de las aminas biogénicas, la del litio y de los metabolitos de sustancias psicoactivas en el suero. Además, la biorretroinformación ha puesto de manifiesto en forma experimental el poder de la mente sobre el cerebro³.

No obstante, sería ingenuo pensar que las anomalías químicas y endocrinas permitirán explicar en forma suficiente las causas de los desórdenes mentales, por lo que existe el peligro de esperar demasiado de este enfoque y de no impulsar debidamente a otros tipos de investigación que den relevancia a los factores psicosociales.

Von Bertalanffy nos dice: «En el presente estado de la psiquiatría, es necesario generar nuevas vías o caminos de conceptualización que permitan el reconocimiento de problemas y aspectos que previamente fueron descuidados o intencionalmente excluidos»¹.

A partir del modelo biomédico sobre las enfermedades

infecciosas, McFarlane Burnett en 1940, creó el modelo de historia natural de la enfermedad. Posteriormente, Leavell y Clark⁷ ampliaron este marco de referencia para explicar cualquier enfermedad, y Caplan² lo adaptó a las enfermedades psiquiátricas.

Este modelo lineal tiene limitaciones; sin embargo permite comprender el sentido dinámico del proceso salud-enfermedad mental y planear un orden para las acciones preventivas y de investigación.

Engel⁵, quien propone el desarrollo de un modelo biopsicosocial, señala que concentrarse en la parte biomédica y excluir los factores psicosociales equivale a distorsionar la perspectiva, ya que los índices de mala salud son más altos en aquellas poblaciones en las que no hay congruencia entre las demandas de la organización social y la cultura que impera en ese sitio. La tarea, dice, debe centrarse en neutralizar el dogmatismo de la biomedicina y todas las indeseables consecuencias sociales y científicas que surgen de éste.

La teoría general de sistemas desarrollada por Von Bertalanffy¹ aplicada al proceso salud-enfermedad mental, puede abrir el paso a enfoques holísticos adaptables a la investigación científica. Este enfoque, al tratar en conjunto eventos relacionados como sistemas que manifiestan funciones y propiedades sobre el nivel específico del todo, ha hecho posible el reconocimiento de isomorfias a través de diferentes niveles de organización como: moléculas, células, órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biósfera. A partir de tales isomorfias pueden desarrollarse leyes fundamentales y principios que operan comúnmente a todos los niveles de organización, de tal manera que su adopción como modelo científico podría contribuir en gran parte a eliminar la dicotomía holista reduccionista.

Weiner¹² describe un moderno acercamiento que consiste en el desarrollo de un modelo de enfermedad complejo, no lineal y amplio que incorpore las profundas y modernas aportaciones de la genética, la virología, la inmunología, la bioquímica, la biología celular, la biología molecular, y la fisiología integrativa, con los conceptos de la biología evolutiva y del desarrollo, lo que implica: la manera en la cual los organismos y las poblaciones de organismos se comportan, interaccionan y se comunican, así como la manera en que viven y se adaptan a sus ambientes naturales y sociales.

Aunque sólo hay una psiquiatría, se reconoce la existencia de una psiquiatría social. Esta tiene dos campos de acción fundamentales: por una parte organiza servicios de salud mental para lograr un sistema de atención médico-psiquiátrica efectivo, y por la otra investiga la influencia de los factores psicosociales, en la génesis, manifestación y curso del proceso salud-enfermedad mental, sin sacrificar por ello las ventajas del enfoque biomédico. Idealmente, sus resultados deben retroalimentarse entre sí e inducir: nuevos cambios en la organización de los servicios y cambios básicos en las circunstancias socio-históricas que condicionan la salud y la enfermedad mental. Las ideologías y doctrinas que han dado origen a la serie de diferentes modelos de acción, creados hasta ahora por diversos autores de distintos países, han introducido modificaciones novedosas e importantes que han transformado las concepciones y prácticas de todos los capítulos de la psiquiatría.

Para algunos críticos de la psiquiatría envueltos en un cientificismo, ésta se ha convertido en un entramado de teorías no científicas, procedentes de diferentes filosofías e ideologías, que propician la confusión en el desempeño del papel profesional y que se aprovecha para hacer propaganda y politiquería sobre salud mental y otras metas esotéricas; por lo que debe mantenerse en el modelo médico del que nunca debió separarse.

Se olvida que en parte la crisis de la medicina moderna se debe a su adhesión a un modelo de enfermedad que ya no resulta apropiado para las tareas científicas y las responsabilidades sociales de la medicina. ¿Debe entonces la psiquiatría abandonar sus propios modelos para adherirse al modelo médico que está en crisis? Si la enfermedad sólo se comprende a partir de parámetros somáticos, la medicina, y por tanto la psiquiatría, no deben ocuparse de los factores psicosociales que en esta condición quedan fuera de la responsabilidad de la autoridad médica. La psiquiatría contemporánea ha sido influenciada, y, a su vez, ha dejado sentir su influencia en el desarrollo actual de la medicina social. No resulta exagerado señalar que muchos fallan en percibir que actualmente la psiquiatría constituye la única disciplina clínica dentro de la medicina, involucrada primordialmente en el estudio del hombre y su organización social. Las principales aseveraciones de los conceptos de salud-enfermedad más integrados holísticos, propuestos durante los últimos 30 años, no provienen de la estructura biomédica sino de quienes han manejado conceptos y métodos que se originaron dentro de la psiquiatría⁵.

Aunque diversas explicaciones derivadas de la epidemiología psiquiátrica y de la investigación psicosocial señalan ya la existencia de factores multicausales en el proceso salud-enfermedad mental, no se ha avanzado más allá del hecho de reconocer su existencia; se desconoce el peso específico que tiene cada uno de ellos y la manera como opera este sistema de factores para favorecer o impedir el curso del trastorno mental.

Para la psiquiatría no tiene sentido distinguir como se hace, entre ramas *fuertes* de la investigación y ramas *suaves* de la misma. Para los objetivos de la psiquiatría tanta importancia tiene la investigación biomédica y la clínica, como la epidemiológica, la psicosocial y en servicios de salud mental. Máxime que todas se sustentan en pocos saberes objetivos y en muchos conocimientos directos que son fundamento de certeza y de fuertes convicciones personales. Mientras unas emplean instrumentos y técnicas acordes con nuestro desarrollo industrial y tecnocrónico, para otros su proceso evolutivo y aplicativo ha encontrado serias dificultades, principalmente por la multitud de variables que tienen que manejar. Lo que interesa es que la investigación biomédica se beneficie de conocer por medio de la investigación epidemiológica la magnitud y trascendencia de un problema de salud mental entre la población; y que ambas participen en las preocupaciones de la clínica, por los obstáculos que se encuentran a nivel individual en la aplicación de ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pero sin abstraerse de los efectos a mediano y a largo plazo que producen las intervenciones clínicas. A su vez, han de mantenerse íntimamente vinculadas con los hallazgos de la investigación psicosocial preocupada por la influencia de este tipo de factores en la génesis, manifestación y

curso del proceso salud-enfermedad mental. La investigación en servicios de salud mental, ofrece la posibilidad de conocer: qué tan bien hacemos lo que hacemos, si lo que hacemos vale la pena hacerlo y si lo que hacemos utiliza mejor los recursos en comparación de las alternativas disponibles. La buena organización de los servicios de salud mental redunda en beneficio no sólo de una mejor calidad de la atención, sino en mejores oportunidades para la enseñanza y la investigación. Por todo esto, los investigadores y las ramas de la investigación en psiquiatría no pueden estar separadas, forman parte de un sistema donde el atraso de unas limita el desarrollo de las otras.

PLANIFICACION DE LAS INVESTIGACIONES

Cuando se habla de políticas de investigación, problemas nacionales de salud y áreas prioritarias, se prefiere sugerir que la investigación se oriente, se fomente o se guíe en función de necesidades específicas. Estas sutilezas del lenguaje no pueden ocultar que se trata de una manera o de otra de actos de planificación, que al ser planteados con cautela, buscan evitar el que se coarte la libertad de investigación y del investigador. Sin embargo, la preponderancia del modelo biomédico se manifiesta en la predilección de los investigadores y las instituciones por llevar a cabo en primer término investigaciones que correspondan al modelo, luego investigaciones clínicas basadas en la orientación biomédica, y por último, la investigación sociomédica psiquiátrica, que incluye la epidemiológica psiquiátrica, la investigación psicosocial y en servicios de salud mental.

Esta influencia cultural sesga la orientación de la medicina y la psiquiatría hacia la solución de problemas de individuos enfermos, por lo que la psiquiatría social orientada a la solución de problemas de salud mental colectivos, tiene un lento desenvolvimiento, principalmente porque se cae en un círculo vicioso en el que, por no contar con la suficiente retroinformación científica, se limita su desarrollo, y su falta de éste no logra atraer significativamente a los investigadores.

Es socialmente impostergable la necesidad de avanzar con mayor rapidez hacia el conocimiento de las causas, mecanismos y consecuencias de las enfermedades mentales que afectan a la población, por lo que es necesario orientar la investigación para que contribuya a resolver nuestros problemas de salud mental. La necesidad de guiar la investigación en salud mental a base de planificación, no pretende coartar el libre albedrío del investigador, sino disminuir el desarrollo aleatorio de la pesquisa y, por tanto, quedar en una situación dependiente del azar y la necesidad de hallazgos repentinos, geniales o casuales, que modifiquen el curso de los acontecimientos. Esto es preciso entenderlo en términos dialécticos. No puede planearse toda la investigación científica, ya que es imposible predecir las

invenciones y los descubrimientos de los investigadores pioneros y originales, cuyo talento individual no podrá ser superado por sistema de planificación alguno, pero las necesidades sociales de salud mental consisten en indagar en la mayor parte de su campo y en definir por medio de la planificación cuáles son los requerimientos de investigación en función de los problemas prioritarios que confronta, y cuyo costo económico y social es elevado. En este sentido el futuro está para diseñarse no para predecirse.

Si pensamos en la planificación de un sistema para la investigación científica, que por razones ideológicas suprimiera o evitara el empleo de determinados tipos de teorías, cuerpos de doctrina, metodologías o pesquisas, el resultado sería negativo para el saber científico al limitar el libre albedrío de los investigadores para elegir el objeto y método de estudio; pero éste sería el caso de un sistema restrictivo. Se puede, en cambio, definir un sistema inclusivo en el que, ante la necesidad de buscar vías alternativas para la solución a grupos de problemas, y ante el crecimiento del pluralismo de las ideas provenientes de las ciencias sociales y biomédicas, se ponga una atención mayor a la confrontación de las corrientes del pluralismo interno de la psiquiatría; pues los distintos enfoques, aunque siendo diversos, son homogéneos en lo esencial, es decir, en la búsqueda de la objetividad científica, de la verdad histórica, así como de los procesos reales y posibles del cambio social, político y cultural. Sin embargo, debe tenerse siempre presente, que la definición de un sistema se halla en los ojos del observador, luego, de la persona o grupo que planea, y la ideología, queramos o no, subyace y determina toda planificación⁹.

Cuando se trata de investigar sobre un problema de salud mental específico, se puede planificar un sistema cuyas funciones abarquen el estudio multi e interdisciplinario de esa área, para lo cual es necesario que se enfoque a partir de diversas metodologías científicas y emplear como modelos o marcos de referencia diferentes teorías o cuerpos de doctrina, que tomen en cuenta sus componentes biológicos, psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales; pero que además ensayen variantes de las que se deriven mejoras en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a nivel individual, familiar y social.

La lógica de la explicación científica y el impacto de la teoría de la probabilidad, han minado la ingenua noción positivista del carácter absoluto de las proposiciones científicas. Ahora parece posible sostener que una explicación no necesita asignarse a la categoría de lo absolutamente objetivo o a lo puramente subjetivo, sino que se la puede juzgar por la riqueza de las proposiciones (axiomas) que gobiernan su secuencia de articulación. Así visto, un modelo de referencia teórico puede ser un conjunto de reglas heurísticas que propositivamente elimina cierto tipo de datos.

En medio de las preocupaciones consuetudinarias de la vida real, el psiquiatra social busca hechos y opinio-

nes que lleven a conceptos más amplios, así como mayor coherencia y predictibilidad. Rápido reconoce que, aunque meritorio, el tema de la salud mental es difícil de investigar e incluso más difícil de organizar. Existen muchos niveles de análisis, cada uno importante, pero ninguno claramente independiente de los otros; que además existen influencias históricas, económicas, políticas y culturales, que se sobreponen y entremezclan a cada paso, por lo que cualquier marco de referencia o modelo que se emplee para analizar el problema debe facilitar al investigador a cambiar los niveles de análisis y a sopesar las influencias claves.

La sola emergencia de hallazgos y teorías nuevas rara vez bastan para contender con el poder de los intereses sociales, económicos y políticos, además de que, el dominio profesional ha perpetuado las prácticas que prevalecen y disminuido las críticas⁵.

La contribución con nuevos ensayos críticos dista mucho de lograr que se produzcan cambios básicos en las actitudes, y los llamamientos al humanismo y la comprensión resultan efímeros e insustanciales. Ciertamente, lo que se requiere es que las nuevas proposiciones para ser admitidas se fundamenten en sólidas bases de principios científicos, lo que puede ser posible con el producto de la investigación multi e interdisciplinaria y, de preferencia, orientada por la planificación de sistemas diseñados ex profeso.

La psiquiatría busca explorar una cierta perspectiva del mundo que no pretende ser una descripción o un análisis exhaustivo de todos los fenómenos, sino que se ofrece como un camino entre muchos otros para analizar ciertos aspectos.

No existe un marco teórico perfecto para cualquier objeto de estudio, sino muchos marcos, cada uno de los cuales tiene su propio estilo de comprensión. El problema para el investigador en salud mental consiste en la elección del marco o marcos que le permiten aproximarse a una porción particular de los fenómenos. Sólo se pide al investigador cautela en el uso de los marcos básicos. Que no los ahogue con datos y que los utilice hasta los límites de su capacidad; que cuando el marco de referencia empiece a mostrarse incapaz de admitir cierto tipo de datos, los abandone para buscar otro más amplio.

Este nuevo orden de investigación es fundamental para las disciplinas aplicadas o empíricas. Los elementos dinámicos presentes en los objetos de estudio de la psiquiatría, muestran la inevitabilidad del cambio. Cuando se pierde de vista este dinamismo, se empiezan a relegar todos los cambios significativos a un pasado mítico, contribuyendo así implícitamente a la justificación del *statu quo*.

La ciencia ha trascendido la posición tradicional que le exigía ser copia fiel de una realidad presumiblemente estática, y ha descubierto el carácter esencialmente provisional de los modelos destinados a comprender un universo dinámico. Lo que se necesita es la disposición para estudiar las fuerzas cambiantes de la vida con-

temporánea. Se requiere una psiquiatría que nos eduque para la discontinuidad, porque la discontinuidad, el rompimiento, y el caos son el terreno de nuestro tiempo. Podemos contar con la verdad para escapar de la seducción de un mundo que no sea otra cosa que la fantasía de nuestros anhelos.

La práctica de la investigación en salud mental debe entonces relacionar los esfuerzos del investigador, con los esfuerzos encaminados a resolver problemas individuales y de grupos humanos, y a influir con la objetividad de sus resultados en los cambios sociales y políticos a que haya lugar en función de la salud y la enfermedad mental⁸.

CARLOS PUCHEU REGIS

Subdirector General
del Instituto Mexicano de Psiquiatría

BIBLIOGRAFIA

1. BERTALANFFY, L. VON: *Problems of Life* (Wiley, New York, 1952); *General Systems Theory*. Braziller, New York, 1968.
2. CAPLAN, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc. New York, 1965.
3. DE LA FUENTE, R.: ¿Hacia dónde va la psiquiatría? *Gac. Méd. Méx.*, 117 (5): 167-173, 1981.
4. DE LA FUENTE, Jr. et al: Clonidine effects on MHPG excretion. *APA New Research Abstracts*, p. 59, 1982.
5. ENGEL, G. L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129-135, abril de 1977.
6. KETY, S. S.: From rationalization to reason. *Am. J. Psychiatry*, 131: 957-963, 1974.
7. LEAVELL, H. R.: Introducción a la primera edición. En: H. Freeman, S. Lerine, L. Reeder (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*, second edition. Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.
8. PUCHEU, C.: Reflexiones sobre la investigación en salud mental. *Memoria I Reunión sobre Investigación y Enseñanza*. IMP. (236-239). Agosto, 1982.
9. ROSENBLUETH DE: Planeación educativa. *Cuadernos de Planeación Universitaria*, 5, UNAM. México, D. F., 1980.
10. ROSENBLUETH DE: *Sobre Ciencia e Ideología*. Fundación Javier Barros Sierra. México, D. F., julio de 1980.
11. VILLORO, L.: Ciencia y sabiduría. *Revista de la Universidad de México*, 36 (2); 8-13. Junio, 1981.
12. WEINER, R.: The illusion of simplicity: the medical model revisited. *Am. J. Psychiatry*, 135: 27-33, 1978. (Traducción: Gómez-Mont, F.: *Salud Mental*, 2 (4), diciembre de 1979).

PAPEL DEL CENTRO TRANSFUSIONAL HOSPITALARIO EN LA DONACION Y TRANSFUSION DE SANGRE

El Centro Transfusional se encuentra hoy en la posición técnica e histórica de poder contribuir en medida determinante a la solución del antiguo problema de la sangre. En efecto, se ha comprobado también por algunas experiencias italianas que el Centro Transfusional tiene las posibilidades de: 1) incrementar la donación; 2) reducir el consumo de sangre.

El primer punto puede ser conseguido si el Centro Transfusional constituye y administra un núcleo propio de donantes.

NUMEROSAS VENTAJAS

Ventajas para el donante

Si por cada donación el ciudadano recibe una visita médica y algún examen de laboratorio deseado, la donación implica una ventaja sanitaria muy considerable y muy grata para nuestras gentes, que sabemos que entre otras cosas, está poco protegida bajo el punto de vista sanitario. Es importante subrayar que el mejor medio de proteger la salud es la visita médica y no los análisis instrumentales. Además, el donante puede tener acceso a todos los servicios del hospital en caso de necesidad, y puede ser dirigido y guiado.

Ventajas para la comunidad

El sistema mencionado consiente la realización de estudios epidemiológicos indispensables para la comunidad y programas de diagnóstico precoz. Si el donante acude al mismo centro repetidamente durante años, toda patología puede ser detectada precozmente: este es un modo concreto de realizar una forma de precaución y de contactar el hospital con el médico de cabecera. El Centro Transfusional puede, además, convertirse en instrumento de educación sanitaria, y en observatorio epidemiológico: durante las visitas del donante al centro es fácil educarle sobre problemas específicos no sólo necesariamente transfusionales. Por último se puede demostrar al donante cómo se emplea la sangre y cuál es su utilidad clínica, creando o reforzando correctas motivaciones para la donación.

Ventajas para el Centro Transfusional y el hospital

La relación de confianza que se crea entre la población y el hospital atrae a un voluntariado que dona tiempo y dinero además de sangre, contribuyendo a resolver muchos problemas del hospital. Además, el consenso de la población da al Centro Transfusional una inconcebible fuerza y dignidad frente a los demás servicios hospitalarios, confiriéndole una imagen muy útil para realizar el buen uso de la sangre. En fin, el hospital puede conectar fácilmente con los médicos de cabecera de los donantes, creando una red de colaboraciones muy útiles.

Ventajas para los pacientes

Ultimo en exposición y primero en importancia. Poder contar con donantes de periodicidad dedicada consiente a los pacientes el tener la sangre y el tener algunos componentes de la sangre (en especial plaquetas y granulocitos) de calidades y cantidades imposibles con los demás sistemas organizativos.

AHORRO DE SANGRE

Por lo que se refiere al ahorro de sangre, el papel del centro transfusional es determinante y muy fructífero si éste se compromete en los siguientes puntos:

— Estudio de sistemas organizativos (control sobre el empleo de la sangre, rápida recirculación de las unidades, etc.).

— Separación de la sangre en glóbulos rojos, plasma (eventualmente plaquetas); esto hace que toda donación pueda aliviar a más pacientes y se hace disponible el plasma para producir fracciones plasmáticas.

— Programas de autotransfusión y recuperación de la sangre intra y postoperatorio.

— Colaboración y educación continua de los clínicos sobre las correctas indicaciones de la transfusión de sangre.

GIROLAMO SIRCHA
Presidente de la Sociedad Italiana
de Trasplantes de Organos

Pastoral sanitaria

PROYECCION EVANGELICA DE LA HUMANIZACION

EL HOMBRE VALE MAS POR LO QUE ES QUE POR LO QUE TIENE

El tema de la humanización parece está tomando cuerpo en muchos estamentos de nuestra sociedad; al menos a nivel de ideas ya nos atrevemos a criticar los defectos causados por la potente técnica que tantas veces olvida el fin para que fue inventada, lógicamente para hacer la vida más humana.

Al esfuerzo de humanización aporta la Orden Hospitalaria un interés inusitado e intenta ser denuncia y pionera de un nuevo orden en el que el hombre, en nuestro caso específico, el enfermo y necesitado disfruten de su capacidad humana, gocen de sus derechos que les reconoce la sociedad y así la hospitalidad que los hermanos profesan —nada menos que por voto— adquiera todo su sentido de relación, acogida, donación, crecimiento, etc.

Desde que el hermano General de la Orden en un documento colegiado de los Superiores Mayores ha tocado este delicado campo y ha bajado para hacer las correspondientes críticas a la deshumanización en la que podemos estar inmersos, ha sonado como una alarma en todos los centros de la Orden que han tomado como tema-base de su formación permanente el tema de la humanización.

No me parece, en absoluto, querer evadirse del problema volver la vista atrás para encontrarse con el Evangelio, con su protagonista y sus mensajes humanizadores. El Concilio Vaticano II en la Const. GS, 15 invita a nuestra época, más que a ninguna otra, a buscar la sabiduría para humanizar y la sabiduría en palabras del mismo número, «trae con suavidad la mente a la verdad y al bien». En el mismo documento N.º 22 no duda en afirmar con claridad meridiana: «En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado... Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación. Nada extraño que todo lo expuesto encuentren en Cristo su fuente y su corona».

Si es verdad que «el hombre vale más por lo que es que por lo que tiene», como afirma GS, 35, para saber sobre el hombre necesariamente tenemos que hacer una referencia a Cristo prototipo del hombre, posibilidad máxima de realización humana.

Si en algún caso tiene el hombre peligro de ser menos hombre, de ser más dependiente es en el caso de la indigencia de salud y, a nadie como al profesional y al mismo enfermo, nos conviene estar vigilantes y no utilizar a los que la misma sociedad a veces rechaza

por improductivos, por inútiles a los esquemas que ella se ha montado.

Queremos interrogarnos a nosotros mismos desde la pregunta hecha al mismo Jesús, ¿quién eres tú, Jesucristo, para nosotros, hoy? Esto nos llevará a confrontar nuestra existencia con la suya y sentir el desafío de su persona, de su mensaje y la significación que se deduce de su comportamiento. Sentirse interpelado por Cristo hoy es ponerse en el camino de la fe, que comprende quién es Jesús, no tanto dándole títulos nuevos, cuanto intentando vivir como él vivió: salir de sí mismo, buscar el centro del hombre, no en uno mismo, sino fuera de sí, en el otro y en Dios. El es la incómoda imagen de lo que deberíamos ser y no somos, la conciencia crítica de la humanidad, que jamás debe contenerse con lo que es y conquista, sino que debe caminar hacia la reconciliación y alcanzar un grado de humanidad que manifieste la armonía insondable de Dios, todo en todos (I Cor. 15, 28). Mientras esto no acontezca, Cristo, como decía Pascal, seguirá siendo injuriado, seguirá agonizando y muriendo por cada uno de nosotros. (Pensamientos.) (L. Boff, Jesucristo y la liberación del hombre).

Desde la persona de Cristo nos será más fácil responder, ¿qué es humanizar?, ¿qué rasgos caracterizan el humanismo cristiano?, ¿cómo humaniza al curar?, ¿se puede hacer de la profesión sanitaria una misión humanizadora? y un sinnúmero de interrogantes que podemos suscitar. Con la brevedad del tiempo de que dispongo intentaré descubrir en el Evangelio esa instancia crítica que está llamado a ser.

JESUS, MAXIMA ASPIRACION DE LO HUMANO: HOMBRE PERFECTO

Cuando confesamos en el credo de Cristo que es perfecto en su humanidad estamos afirmando una realidad acontecida en Jesús y que es a la vez máxima posibilidad de desarrollo en el hombre que ha sido creado a su imagen. Lo vamos a ver por partes.

Jesús en total apertura a Dios

Lo humano y lo divino se tocan en Jesús de Nazaret. En él Dios se hace hombre para que el hombre se hiciera Dios. Con el Padre es uno (Jn 5, 30), viene a hacer su voluntad, es enviado y vive en referencia total al que le envía, tiene unas relaciones de intimidad: Abba, «en tus manos, Padre, encomiendo mi espíritu». Su libertad le viene de su asentamiento en el Padre, su riqueza le viene de lo mismo, así su amor es la manifestación de un Dios amor, su seguridad al quedarse sólo ante el peligro, etc.

A Dios se le entiende sólo desde Jesús mismo, suprema revelación del Padre. Quien me ve a mí... Existió totalmente en Dios, por eso cuanto más en Dios, más hombre.

Jesús se ha mostrado por su apertura a lo trascendente como el hombre nuevo que se inaugura en su resurrección y es como el no va más de las posibilidades del hombre.

Tendríamos que quitarnos de la cabeza que Dios entra en competencia con el hombre, la gloria de Dios es el hombre mismo, su realización total. La resurrección es el culmen de la encarnación, revelación de las posibilidades escondidas en Jesús, la máxima apertura a la realidad cósmica, humana, divina. Por estar vacío de sí y centrado en Dios, no pecó, el pecado es como una esquizofrenia que nos lleva a centrarnos en nosotros mismos.

En Jesús se realiza la utopía humana, es como el hombre que es y el hombre posible. Desde Jesús surge para todo hombre como un gran interrogante que se expresa en la medida de perfección a la que invita, «sed perfectos como lo es el Padre celestial». Se cumple en él mejor que lo que más tarde diría Marx referido al hombre: «la verdad del hombre no es su realidad». La verdad que acaece en Cristo es la utopía humana.

Jesús, un hombre de equilibrio y fantasía creadora

Con Jesús, dirá Pablo, ha aparecido la bondad de Dios entre los hombres. Se da en él una total liberación de todos los elementos alienantes que se dan en la condición humana. Se da en él la nueva creación, hombre nuevo reconciliado consigo y con Dios. Va a la esencia de las cosas.

En boca de un científico de la medicina, las curaciones de Jesús son efecto de su equilibrio interior, su paz, su ordenamiento y esto es sencillamente lo que transmite (Tellenbach).

El equilibrio, cito a L. Boff, es atributo de los grandes hombres. Para cada situación tienen la palabra y el comportamiento adecuado. Saben distinguir lo esencial de lo secundario. Es lo opuesto a la exageración. Boff dice de Jesús que supo colocar una y donde nosotros ponemos una *o* de oposición, disyuntiva. La *armonía* es la tónica que aparece en los cuatro evangelios. Nosotros lo vivimos como contradictorio: persona-comunidad; acción-contemplación. Es un genio de equilibrio y sentido común. Una serenidad incomparable rodea todo lo que hace o dice. Dios, el hombre, naturaleza, sociedad son inmediatos. Se explica las exclamaciones, *todo lo hizo bien*, ¿no es este el hijo de José?, enseña con autoridad.

Las antinomias, tan nuestras que son fruto de nuestra superficialidad, en Cristo tienen una respuesta apropiada; veamos algunos ejemplos: Dios y hombre: nosotros no lo sabemos armonizar. O ponemos un Dios absorbente que aliena o un *dios muerto* que enfrentamos al horizontalismo, *no hay más Dios que el hombre*. En Jesús no se nota violencia, hay fácil armonía. La obra que hace Jesús, perdonar, curar, es la obra del Padre. La fórmula no será Dios y/o el hombre, sino Dios en el hombre.

Ley-libertad: Ha venido a dar perfecto cumplimiento. No vale para él el *ancha es Castilla* por más que provoca a los cumplidores del sábado. Por un lado el enfrentamiento y por otro las exigencias, se tiene que cumplir lo mínimo. Siempre que aparece el tema da una visión del hombre que está por encima de la ley.

Otro tanto podríamos ver referido a fidelidad-revolución; universalidad-particularidad; capacidad de gozo y desinterés; rigorismo-laxismo; lenguaje sencillo-profundo; valoración del hombre pesimismo-optimismo, etc. En Jesús aparece todo lo auténticamente humano: vida absolutamente normal. Sentimientos profundos, riqueza afectiva, sorpresa, admiración, compasión, tristeza, amistad.

Su asentamiento en Dios, que le hace libre, desarrolla su fantasía creadora que le hace ver al hombre mayor y más rico que las apariencias, dice y piensa cosas nuevas. Se atreve a decir *yo os digo* frente a un pasado canonizado. Vino a descubrir la novedad de lo antiguo y originario del ser humano hecho a imagen y semejanza del Padre.

La originalidad de Jesús no le viene de decir algo nuevo sino de origen. Porque está cerca del origen, acerca a los otros. Todo es claro y diáfano, en contacto con él cada uno se encuentra con lo mejor de sí mismo, consigo mismo. Su presencia genera crisis y obliga a situarse convirtiéndose o quedándose en lo secundario. En Jesús, por decirlo de una vez, ha aparecido la bondad de Dios, (Tit. 3, 4) y se revela lo más divino de lo humano y lo más humano de lo divino.

Abierto al hombre

Nuestra existencia sólo tiene sentido cuando es total apertura y nudo de relaciones. Desde el tú sabemos lo que es el yo. En Jesús vemos lo que puede ser la comunicación entre dos personas, respeto a la personalidad del otro y enriquecimiento mutuo. Sólo en la comunicación personal adquirimos realmente una identidad personal. Cuando más profundizamos en el estilo de vida de Jesús, mejor comprendemos las posibilidades de la propia existencia. Jesús es indudablemente más hombre que nosotros pero no utiliza su profundidad humana para anonadarnos o humillarnos sino para invitarnos a compartirla. «Si conocieras el don de Dios y quién es el que te habla». La humanidad que encarna Jesús la consigue de su *Ecce Homo* que conquistó por la entrega y comunicación de su ser personal y no por la autoafirmación del aquí estoy yo.

La novedad más radical del nuevo testamento parece estar en la línea del amor y el término del mismo siempre es el hombre. El amor al prójimo, que a veces escandaliza a sus contemporáneos, es un amor concreto y real, se le ama por sí mismo y no por amor a Dios. A Dios se le ama y se le tributa culto en el templo del prójimo, a tanto llega la revelación sobre el hombre que nos descubre la presencia sacramental de Dios en cada uno de los hombres. «Lo que hacéis a uno de estos mis pequeños».

Los judíos expresaban la conversión yendo al templo o reconstruyéndolo. El cristiano encuentra a Dios en Jesús nuevo templo y desde que se fue, el lugar privilegiado es el pobre y oprimido, es el cuerpo dolorido, no glorioso de Jesús.

Lo que escandalizó de Jesús fue su excesiva humanidad. Jesús no vive de los demás ni para, Jesús vive desde sí mismo y fluye hacia los demás. Esto es lo que distingue al que se ama a sí mismo del egoísta. El egoísta vive centrípetamente, absorbiendo al que le rodea. El que se ama vive centrífugamente fluyendo a los demás. Por eso alguien define el amor como la respuesta de lo mejor que

hay en nosotros a lo mejor que hay en los demás, del yo grande al yo grande. (El rostro del hombre.) Jesús esperó del hombre algo que nosotros no esperamos, fue a la muerte porque creyó en el Padre y en el hombre.

El Reino de Dios

La utopía humana se llama Reino de Dios y el Reino de Dios es su manifestación y cercanía en Cristo. El Reino es presencia salvífica y liberadora de Dios, el sí de Dios que a la vez es todavía no. El Reino no es un territorio, sino un nuevo orden inaugurado por Cristo que manifiesta las posibilidades de realización humana. Es un proceso en marcha que exige continuo cambio de actitudes en la medida que se va creyendo en Jesús.

El anuncio de su cercanía, incluso su presencia en medio de nosotros que proclama Jesús, es una invitación a decirnos: «el nuevo orden introducido por Dios está a vuestra disposición». El Reino es la referencia de la predicación, el tema de las parábolas, el fin de los milagros, la exigencia de conversión, que pide Jesús. Las mismas actitudes de Jesús respecto a la ley, el templo, preferencia por los pobres, las condiciones del seguimiento, etcétera, están en función del mismo. El Reino es la armonía, es la universalidad que manifiesta la oveja perdida, es el derroche de la bondad de Dios en el pródigo, Samaritano, es la auténtica dinámica de la historia. En el reino se consagra el servicio y el distintivo será el amor (Mt. 5, 45). Se entra en el Reino al no escandalizarse de que los pobres son evangelizados, al acogerlo desde los pobres y los enfermos, al optar y compartir la vida con los más necesitados... Desde esta opción se anticipa el reino futuro que aquí tiene las primicias, donde no existirá pecado, ni muerte, ni oprimidos, ni pobres (Mt. 11, 5, Lc. 4, 18).

A la manifestación de Dios en Cristo que reúne toda la riqueza de Dios dada a los hombres se responde con el amor y la acogida, se hace realidad lo que dice J. Sobrino, «vivir de la misma vida de Dios, hacer en la historia lo expresado en la misma esencia de Dios, ser amor recreador, dador de vida».

En Jesús se abraza todo lo humano

Este fue el argumento de los Padres para probar la ley de redención: no se redime lo que no se encarna o sólo se salva lo que se asume. La toma de contacto de Jesús con el hombre fue total, como una transfusión total de vida que llegaba a todas las células de su organismo. Esta capacidad de humanidad la expresa Jesús al ponerse en contacto con la naturaleza, la vida, los hombres, destacando una gran observación y capacidad de maravillarse. Aparece en extremo sensible: no emplea un lenguaje científico, apela continuamente a los sentimientos y la experiencia, exterioriza su compasión, quejas, caricias. Sus parábolas son un reflejo de la vida real, ovejas, pastor, banquete, higuera, red, levadura, candil, en síntesis, usa, dice alguien, «todo lo que utiliza la gente sencilla para sus cánticos».

Jesús asume todo lo humano y desde ahí libera las situaciones de deshumanización como son todas las situaciones de pecado, dependencia, etc. Para ello acepta la

tentación y su consecuencia final que es la cruz y la resurrección, supremo grado de comunicación con Dios y con los hombres tentados y que mueren sin sentido. A tal grado llega su identificación con lo humano que se convierte en el nuevo sacramento del hombre, «lo que hagáis a uno de éstos mis hermanos a mí me lo hacéis» y el amor al prójimo se cuenta como un absoluto cristiano resumen y síntesis de la ley y del culto. Todo culto a Dios tendrá que pasar o estar en referencia al prójimo. ¿Cabe mayor encarnación?

*LA CAUSA DE DIOS ES EL HOMBRE:
TODOS LOS CAMINOS
TERMINAN EN EL HOMBRE*

*Jesús lucha a brazo partido contra el mal
en sus manifestaciones*

«Los pobres son la prueba de que Dios no reina y la justicia está ausente, Dios es el que abre futuro y sentido a la existencia oprimida» (J. Sobrino). La presencia de Jesús en medio de ese hospital en que se debate la humanidad no es para resolver la pregunta sobre el mal. El mal no está para ser comprendido sino para ser combatido y vencido por el amor».

El contacto con los leprosos, prostitutas, publicanos, pastores, ignorantes, mujeres, niños, los sin salvación, marginados de todo tipo, social, religioso, cultural, político, nos indica la preferencia para aquellos que han perdido su fuerza de vivir, ruah, los no-personas, los infirmos, sin apoyos, sin identidad. Jesús compromete toda su persona con el prestigio y la fama incluidos ya que su solidaridad con ellos, su sentarse a la mesa, etc., indica que tienen un lugar en el Reino, serán los que se sienten en el reino definitivo (Lc. 14, 15).

Cristo aparece como el más débil de los hombres y cuando está crucificado el Padre afirma a su Hijo sacando fuerzas de la debilidad, asegura a los que viven como Jesús que su vida tiene sentido. Uno de los grandes signos del Reino será siempre la preferencia que se tenga por los pobres y los enfermos. Los gestos de Jesús son gestos productores de vida, contagiosos, por eso invita a los que entren en su Reino que se hagan como niños, como los que no cuentan para nada, en definitiva que hagan lo mismo que hizo el Samaritano. ¿Será verdad que los débiles son así la fuerza del mundo? Los primeros cristianos parece lo entendieron bien y por la debilidad como fuerza fueron capaces de minar la fuerza del Estado. ¿No serán los pobres y los que apuestan por ellos en todos los tiempos la gran fuerza de la tierra?

*Entrar en el Reino y sentarse con los preferidos
de Cristo pide conversión*

La humanización del hombre pasa por un proceso de conversión, un cambio de conciencia, dice H. Küng

con un doble efecto, orientación a Dios: un solo Señor y al prójimo con una nueva escala de valores, con la recuperación de la alegría, la paz, la gratitud, el sentido. Siempre nos cuestiona seriamente lo difícil que se hace el reino a los ricos y lo fácil que lo pone Jesús a los pobres. El, gran conocedor de la psicología del hombre, sabe que su llamada a vivir en la profundidad está muy en relación con las capas y las seguridades donde nos apoyamos. La pobreza se convierte así en un medio de liberación para el pobre, pero, a la vez, es el medio de liberación de los más firmes, los ricos. Nuestro cambio de mentalidad necesita pasar por los pobres.

El primer paso para la libertad es el contacto con Jesús para sus contemporáneos, para nosotros será el lugar preferido de él, los hombres de las bienaventuranzas, los que nadie quiere, los que no ocupan un lugar de influencia. Podría aplicarse al encuentro con el pobre lo que dice B. F. Meyer de Cristo: «Si uno se encuentra con él en sus términos, hay una cosa que se hace clara, tiene lugar una cita, no una teoría».

Los milagros de Jesús

«Me refiero a Jesús de Nazaret, ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo, que pasó haciendo el bien y curando a los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él» (Hch. 10, 38). Vienen a ser los milagros como el despertar de las posibilidades ocultas que se albergan en el hombre. Son presencia de la dñamis, presencia salvadora de Dios que viene a confirmar la doctrina de Jesús. Son palabras eficaces. Según los evangelistas y cada caso concreto revelan un mensaje propio: son signos del Reino, poder y señal mesiánica, huella de Dios que provoca la alabanza, interpelaciones del Reino, «si expulsos demonios, si curó...». Pagola dirá que «son como pequeñas epifanías, revelación progresiva de la mesianidad».

Parece que si Jesús hace milagros no es como nosotros, pero al hombre no se le puede definir de lo que nosotros sabemos del hombre, sino que al hombre hay que definirlo desde Jesús (El Rostro del hombre, Juan Sánchez). El hombre en que cree Jesús es más que el hombre visible, es el hombre que podemos ser, el hombre asentado en el Padre.

Hemos padecido inflación de milagros y la verdad que no son nada en comparación a la cercanía del Padre a cada hombre sin necesitarnos que tiene su culmen en Jesús que renuncia a todo poder para convertir al hombre. Los milagros de Jesús, continúa Juan Sánchez-Rivera, son salvíficos porque son de reunión: Reúne con la naturaleza, consigo mismo, con los hombres y con Dios. Nos muestra el perfecto equilibrio y relación con todo lo creado. Los milagros no son pruebas científicas sino salvíficas a la luz de la resurrección de Cristo. Son además promesas de la resurrección futura (Heb. 6, 5). Para el teólogo Metz son signos

de nueva creación, de salvación total y salvación gratuita de Dios, la salvación presente en la historia. «Despiertan y llaman al hombre remitiéndole a la dimensión sin sentido». Nos hacen entender que todo el Evangelio está escrito en clave de salud y Jesús se desenvuelve en un gran hospital en el que va conectando con cada paciente y dándole la palabra oportuna.

La liberación obrada por Jesús se expresa en cuatro grupos de milagros: Sobre la naturaleza: vive en paz con ella y la somete al hombre. Curaciones o reunión con uno mismo: Jesús no cura sino que sana, devuelve el sentido básico. La curación mira a la enfermedad y la salud al hombre y esto es la salvación. La esencia del sanar no es quitar lo malo sino dar identidad. Reúne con los demás hombres, lo que se da en los relatos de resurrecciones. No los hace por probar su poder sino para servir a los que sufren y darles oportunidad de amarlos. Es admirable la humanidad de Jesús que sufre y se alegra.

El otro tipo de milagros mira a reunir con su Padre: Tienen menos aparatosisidad, *menos milagros*, pero radicalmente son más, se trata del perdón de los pecados. *Vete y no peques más*. Nosotros tendemos a acentuar lo mágico y maravilloso, lo extraordinario, pero en el fondo son barreras ante Dios. El verdadero milagro es vivir lo ordinario con profundidad y sentido. Parece ser que a más extraordinario sucede que empequeñecemos la idea del hombre. Más curó la impotencia del Jesús terapeuta que siente la inutilidad en la cruz y no baja que el que expulsa, convierte agua en vino, calma la tempestad, etc.

El enviado a hacer lo mismo

En los mandatos de Jesús a los discípulos junto al anuncio de la buena noticia, entra el don de curaciones. Da el mismo poder que tiene él mismo a sus discípulos. Es de una fuerza enorme la confianza que Jesús pone en los que envía «como yo he hecho, haced», «como el Padre me ha enviado, os envío». «Creemos, dice Olegario González, que donde surge una persona real y creyente hay una capacidad inversora de las situaciones y puede comenzar de nuevo el mundo».

Hacer lo mismo que Jesús es caer en la cuenta que reinar es servir, que en la medida que uno se entrega es la medida de hallarse y no precisamente pasando a la reserva. Ante la enfermedad del desamor, la soledad, la indiferencia, la explotación, hay quienes todavía aún se les siguen revolviendo las entrañas como al Samaritano y se compadece, se baja de su montaje de vida, entra en relación, descubre el valor del otro y trata de hacer de un él anónimo, lejano un tú, un prójimo, al que se ofrece todo lo que se tiene y puede.

El enviado no puede perder de vista que la relación más fuerte que aparece en Jesús es precisamente la liberadora, salvadora. Por eso no bastará una relación

superficial que lo más que puede es curar una herida, no sanar de raíz una vida. Para cualquier enviado con sentido cristiano descubre que los otros no sólo no son el infierno sino que son Jesús. Con Mounier estará convencido que «la suprema personalización será crear hora a hora al prójimo».

La razón de ser del enviado está fundamentalmente en haber conocido el amor de Dios en su vida y éste le posibilita para amar. La conciencia de amado, liberado, salvado. Es el empuje a hacer lo mismo. Juan Pablo II en la primera encíclica R. H. N.º 10, lo expresa: «El hombre no puede vivir sin amor. El permanece para sí mismo un ser incomprensible, su vida está privada de sentido si no se le revela el amor, si no se encuentra con el amor, si no lo experimenta y hace propio, si no participa en él vivamente. Por eso Cristo revela plenamente el hombre al mismo hombre. En Cristo somos creados de nuevo».

El mismo Juan Pablo II dirigiéndose a los científicos en Hiroshima y en la UNESCO revaloriza nuestra condición de enviados: «Vuestra tarea es elevada cuando trabajáis por el crecimiento del hombre en su ser y no sólo en su poseer, saber o poder». «La cultura es aquello por lo cual el hombre viene a ser más hombre, es más, se acerca más al ser. Nuestro futuro está ligado a la imagen que nos hagamos del hombre. ¡El futuro pacífico de la humanidad depende del amor!».

Estilo de Cristo

Todos cuando actuamos dejamos una impronta, un modo peculiar de hacer, de vivir y de ser. Es algo así como el espíritu que sale de cada uno y que constituye su propia espiritualidad. Esta tiene unos presupuestos, unos absolutos que son los que en el hacer rezuman y hacen crecer al ser. De no ser así la misma actividad, por superficial, nos ahoga.

Sin pretender ser exhaustivo, ni mucho menos, y de una mirada rápida a los evangelios se deduce: que todo hombre supone un valor para Jesús, que ofrece salvación y cercanía a los que otros cierran y rechazan, que los más cercanos son los doloridos, marginados, solitarios, una mirada penetrante y a la vez limpia y sin prejuicios, una gran libertad al encontrarse con los hombres y hablar a cada uno con un lenguaje inteligible para él, cambia sin enfrentarse porque lo hace desde dentro, cura, sana y rehabilita, manifiesta una gran pasión por el hombre por el que hace una oferta total de su vida... De él aprendió la Iglesia primitiva que su religión era la de los débiles (I Cor. 1, 18).

El amor con el que quiere sintetizar la Ley y Profetas se expresa en forma de: universalidad, servicialidad (Mc. 10, 43); desinterés (Mt. 18, 10; Lc. 14, 12); buscador de la justicia del Reino y a la vez el gran signo del mismo, un amor al que le está vedado juzgar (Mt. 7, 10); un amor gratuito. A partir de

Cristo y su testamento el amor será el distintivo cristiano, pero no un amor cualquiera, ni siquiera como el amor a sí mismo, sino como El nos ha amado.

LINEAS GENERALES DE LA CONCEPCION CRISTIANA DEL HOMBRE

El hombre a imagen de Cristo

El hombre en cuanto llamado a la alianza recibe por creación una estructura que le convierte en un ser: espiritual-corporal, libre y responsable, capaz de diálogo con Dios y con los hombres.

Jesucristo, revelación del misterio del hombre: «Cristo, el nuevo Adán, precisamente al revelar el misterio del Padre y de su amor, revela también plenamente al hombre y le hace conocer su altísima vocación» (GS, 22a).

En Jesucristo se realiza el más perfecto don y autocomunicación de Dios a los hombres y la más perfecta respuesta a Dios.

En su conciencia humana se desarrolla la relación dialógica, en ella se reconoce referido al absoluto del misterio del Padre y responde en docilidad.

A imagen de Cristo: Cristo es el hombre perfecto, (GS, 22a, 45b). Ser hombre significa ser a imagen de Jesucristo; estar referido a Dios, entrar en diálogo con Dios y los demás hombres. Nacemos como diálogo y nos desarrollamos. Somos esta imagen por creación, por gracia y por gloria.

Unidad espiritual-corporal del hombre: Cuerpo y alma indica la unidad del ser humano. No que sean materia y espíritu. No son algo del hombre sino que expresan lo que es el hombre.

Unidad en la diferencia: El ser espiritual le da el ser sujeto en relación con otros. El ser corporal se experimenta como una dimensión esencial al mismo sujeto humano.

Significado soteriológico: En cristiano se excluyen las concepciones dualistas o monistas. La salvación es de todo el hombre, la realización perfecta de la unidad corporal-espiritual.

La dimensión social del hombre: Por naturaleza es ser social (GS 12a). La relación con las demás personas es lo que despierta en cada hombre la conciencia de ser persona. También la verdad tiene dimensión social.

La relación con el tú absoluto: Presupone siempre al hombre, el amor a Dios se visibiliza en los hermanos.

Características y formas de la intersubjetividad: Suscitar la estima recíproca y reconocimiento en plano de igualdad. Las formas de realización pueden ser: Bajo el signo de la indiferencia y el anonimato (metro, tren, función); bajo el signo del conflicto: «el infierno son los otros»; bajo el signo del amor (Marcel: salir de sí, promover al otro). El fundamento de toda relación de amor es el respeto y reconocimiento del otro como persona. Sus formas pueden ser: la comunidad=busca el encuentro; la sociedad=compromiso más exterior.

Además de la dimensión social tenemos la dimensión de *soledad*.

La relación hombre-mujer en cristiano.

Llamada a la intersubjetividad: siempre se incluye el signo de la sexualidad.

La mujer en la Iglesia: la discriminación es cultural, no natural.

La dimensión histórica del hombre:

Historicidad del hombre: fruto de la libertad. Estructura abierta para hacerse.

Vocación a ser más

Pablo VI en la encíclica *Populorum Progressio* hace una fuerte llamada al ser más del hombre: Vocación al crecimiento: «En los designios de Dios cada hombre está llamado a desarrollarse, porque toda vida es una vocación. Cada hombre puede crecer en humanidad, valer más, ser más», N.º 15. «El crecimiento humano constituye como un resumen de nuestros deberes. Por su inserción en Cristo vivo, el hombre tiene el camino abierto hacia un progreso nuevo, hacia un humanismo trascendental, que le da mayor plenitud; tal es la finalidad suprema del desarrollo personal», N.º 16. En el N.º 20 hace caer en cuenta que si para el desarrollo se precisan técnicos, para este desarrollo en humanización se precisan pensadores de reflexión profunda que busquen un humanismo nuevo que permitirá al hombre hallarse a sí mismo, asumiendo los valores superiores del amor, amistad, oración. Paso de cada uno de condiciones menos humanas a más humanas». En la misma encíclica, que es una llamada profética frente a las aspiraciones del hombre, salud, situaciones de indignidad, etc., apunta el deber de la hospitalidad, N.º 67, fraternidad entre los pueblos, 44 y solidaridad, 48 y 80.

Según L. Boff existe una estructura crítica que se manifestó en Cristo como representante máximo de la culminación de todos los dinamismos que Dios puso en la creación. Es el mejor fruto de la evolución humana, el nuevo Adán (I Cor. 15, 45). Para el teólogo Ratzinger, «la completa humanización del hombre supone la hominización de Dios».

La vocación a ser más es una llamada noble a la que estamos llamados en el campo de la salud. No basta liberar al pobre y enfermo, sino capacitarlo para crecer, no se trata de dar nada sino devolver propia identidad. Se utiliza la energía del otro para crecer. *Sed perfectos como el Padre*, a la medida de Cristo, etc., son imperativos de humanización, de crecimiento en progreso que no termina hasta la total liberación del hombre viejo y su total transformación.

«Para ser hombre, dice Boff, debe realizar las posibilidades inscritas en su naturaleza, sobre todo, ser uno con Dios. El hombre se supera infinitamente no por aniquilación de su ser sino por la comunión. El término de la antropogénesis reside en la cristogénesis».

El hombre nuevo

Cuando cualquiera acepta la vida como vocación de crecimiento, de potenciación de energías a veces en letargo, está abocado a una renovación de todo su ser, a convertirse en un hombre nuevo. El hombre nuevo es un ser reconciliado con Dios y consigo mismo, con la naturaleza, con la sociedad.

A todos nos preocupa el futuro, parece que el hombre de hoy tiene que ser superado, el verdadero hombre es un proyecto. Cuanto más inhumanas son las situaciones del hombre, más lo intuimos, más lo gritamos. Desde antiguo este tema es privativo de las filosofías y son grandes los esfuerzos por su consecución. En los pueblos asirios, babilónicos, egipcios, etc., con sus poemas del árbol de la vida, las momificaciones, etc. son una prueba evidente de esta lucha. El pensamiento científico, alargamiento de la vida, hibernación, nuevas razas, manipulaciones sobre los genes, etc. son el intento de hallar el superhombre pero éste tiene el peligro de construirse con los pies de barro.

Para los cristianos el mito del hombre nuevo es una realidad acontecida ya en Cristo. Todos los anhelos de plenitud se han realizado, es religión de la juventud humana divina. La historia ha alcanzado su meta, su omega. Esta es la razón de esperar contra toda esperanza un mañana mejor, unos cielos nuevos y una nueva tierra. Esta convicción la expresa Dostoiewski a su regreso de la casa de los muertos, de los trabajos forzados: «Creo que no existe nada más bello ni más profundo, más atractivo, más viril y perfecto que Cristo; y me lo digo a mí mismo con el amor celoso que puede existir. Aún más, si alguien me probase que Cristo está fuera de la verdad y que ésta no se encuentra en El, preferiría quedarme con la verdad». (Correspondence I, París, 1961, citado por Boff).

La apertura al otro, el éxtasis, es tan determinante que de ella depende la salvación o la frustración (Mt. 25, 31-46).

El proyecto cristiano es cristológico, «todo en todas las cosas», (Col. 3, 11), (ICor. 15, 28). Jesús será futuro hasta ser todo en todos. Mientras tanto que sus hermanos viatores caminan, es solidario, espera, (Ap. 6, 11); intercede, (Heb. 7, 25); no se ha manifestado aún lo que seremos, (I Jn. 3, 2; Ap. 21, 4-5), «hago todo nuevo».

El ethos cristiano: Amor

La ética es la respuesta a toda teoría. Hace referencia a la bondad o maldad de las acciones del hombre. La ética cristiana toma de Cristo sus contenidos y modelos de acción. Dos pecados suelen aparecer siempre en la historia del pueblo de Dios: *idolatría* o manipulación de la imagen de Dios, *opresión* del pobre, que hoy podíamos llamar *cristianismo deshumanizado* y *humanismo descristianizado*.

Cuando Jesús pasa por las páginas del evangelio nos revela el pecado del mundo. En palabras de Balducci, «al pasar Jesús los demonios dan gritos». El mundo del evangelio aparece como un gran hospital en el que no hay libre ni sano. Si Jesús entra en cualquier sitio, nos descubre nuestra mentira. Todo espera ser curado.

En el actuar de Jesús se toma en serio al hombre, acepta en positivo la regla de oro del Lev. 19, 18 en Mt. 7, 12, pero con una formulación positiva: Haced lo que queréis hagan con vosotros. El prójimo que se ha convertido en sacramento de presencia de Dios será quien juzgue de nuestras acciones, el amor se convierte en el test de la ética cristiana. Religión y moralidad van unidas, el culto a Dios y el culto en el templo del hombre. El

hombre toma el puesto de la Ley y sus necesidades determinan el qué y el cómo hacer, siendo el mejor criterio el más necesitado. El lugar donde Dios es ofendido es el hombre.

G. Gutiérrez habla de «la necesaria mediación humana para llegar a Dios, de la comunión y fraternidad como último sentido de la historia, del amor de gestos y no de saberes». No sería válido un sistema de salud basado en lo económico o político, recuperar mano de obra. Los sistemas de salud cuestionan el tipo de sociedad y hablan a las claras de su valoración del hombre. El modelo cristiano basado en el hombre con su dignidad de hijo de Dios y tratado desde la base del amor reconoce: La vida como don de Dios, por eso la lucha por la salud es parte del proceso humanizador. La lucha contra la enfermedad no puede ser prometeica cayendo en idolatrías. La enfermedad es elemento constitutivo del ser humano, manifiesta la fragilidad. Una fidelidad efectiva al mensaje cristiano es creadora de salud colectiva. La actitud cristiana ante la enfermedad no puede ser de rebeldía sino de esperanza.

Hay una bienaventuranza para los misericordiosos, es decir, una posibilidad de realización plena. Los misericordiosos respetan la dignidad, (Dives in Misericordia, 2, 6, 14). Siempre interrogará al cristiano la presencia del prójimo y de éste necesitado. No hará falta preguntarse por él, sino ¿quién está necesitado de que yo me acerque y me convierta en su prójimo?

Juan Pablo II en la encíclica F. C. N.º 8, insiste que el nuevo humanismo no apartará al hombre de Dios, sino que le conducirá a una relación más plena. Las ciencias no se usarán contra la promoción humana. Se hace necesario recuperar los valores morales, la primacía de la vida y sus valores fundamentales. En el N.º 30 de F. C. se cita GS, 35 donde se hace una afirmación categórica para la ética cristiana: «el hombre vale más por lo que es que por lo que tiene».

VOCACION SANITARIA Y HUMANIZACION

El enfermo, un ser con derechos

Antes que enfermo el paciente es persona y como tal es sujeto de derechos y consiguientemente de obligaciones. Aquí me toca destacar más lo que en cierto modo atañe a los profesionales de la medicina cuando entran en contacto con él. Todo enfermo cuando entra en un centro debe convertirse inmediatamente en el mismo centro del centro. A él tiene que estar orientado como a diana lo que se mueve y es en un hospital, inteligencia, afecto, cualidades, obras, técnica, organización, etcétera.

En gran medida la concepción de hombre que se tenga influirá definitivamente en una imagen humanizada o deshumanizada. Desde el trato al enfermo como objeto, cosa útil, ser sin importancia, don nadie, al concepto de persona con su dignidad, unicidad, originalidad e irrepitibilidad, sin tratarlo como si fuera una copia más de las series y el complemento que

puede aportar una visión cristiana del mismo como imagen y semejanza de Dios, como sacramento vivo de la presencia de Cristo que está en cada uno de ellos y recibe como hecho a sí lo que se hace a ellos. Miguel de Unamuno que tenía una conciencia tan clara de su personalidad decía: «Buscan encasillarme... es luterano, es racionalista, es místico... y no me quiero dejar encasillar, porque yo, como cualquier otro hombre que aspire a conciencia plena, soy especie única».

Elizari, en su libro *Proxis cristiana II*, p. 183 ss., indica que los enfermos han sido los menos reconocidos en su dignidad. Los médicos no han sido considerados como enemigos sino como protectores. El concepto de derechos debemos distinguir entre derecho en sentido moral que se apoyaría en valores, dignidad, autonomía, etc. y en sentido legal que se apoyaría en bases legales y jurídicas.

Elizari sintetiza los derechos de la persona en el campo sanitario en: Derecho a la salud; consentimiento informado; respeto a la intimidad. 1. Derecho a la salud o a la protección de la salud. Puede apoyarse en diferentes bases, contractual o cuasi, evangélica en la que todo hombre es mi hermano y prójimo, (Lc. 10 y Mt. 25, 31), social en cuanto cuenta la utilidad y personal que hoy está privando y se apoya en la dignidad de la persona. Surge un derecho a vivir con dignidad y calidad. 2. Consentimiento informado: Hoy empieza a someterse a juicio la ignorancia clásica a la que se sometía al enfermo. Se admite el derecho a morir con dignidad y a que pueda aceptar y asumir su momento de fragilidad. Es preciso informar por un lado y por otro respetar sus decisiones. En todo caso hay que prever los efectos y ofrecer la ayuda apropiada. 3. Respeto a la intimidad: El secreto médico se remonta a Hipócrates: «Callar con secreto inviolable». Si bien el secreto no puede ser tabú ni absoluto, tampoco puede airearse a los cuatro vientos. Junto al voyerismo morboso de conocer por conocer y al peligro de las IBM, se exige la intimidad por la autonomía y servicio a las relaciones sociales. Se es apertura y a la vez incomunicación. El secreto tiene unos límites que se romperían con: permiso explícito-implícito, bien común, peligro proporcionado a terceros.

Humanización y evangelización

Aquí tendría perfecta aplicación el principio: *primum vivere deinde filosofare*, lo primero tener cubiertas las necesidades elementales, luego se puede anunciar la buena noticia. La misión de Cristo que intentamos encarnar los cristianos comienza por el servicio competente, luego se puede proclamar y anunciar, más tarde hasta celebrar. Los cristianos hasta celebramos la enfermedad por un sacramento y la misma muerte, pero no basta un anuncio futuro y lejano sino que por nuestra entrega y comportamiento pueda cualquier enfermo experimentar que la salvación ya está, es actual.

Aunque el cristianismo no es un humanismo, sí que encarna todo lo humano y lo supera.

En equipo

Aparte las ventajas que ofrezca el trabajar en equipo, en cristiano sobran francotiradores, una esencia cristiana es la comunidad, ecclesía. La mayor traición en el campo de salud sería la falta de vocación y quien descubre su vocación inmeditamente se siente con-vocado y la convocación es para reunir lo disperso, para establecer una comunión. Si no se consigue una verdadera comunión entre el equipo entre sí y el paciente puede decirse que no se produce la sanación. La superficialidad en el equipo y de sus componentes con el enfermo no cura sino que disgrega, aumenta la diversidad.

«La hospitalidad sin más es un lujo de los pobres y de la gente sencilla. Ser hospitalario con cualquiera que salga al paso quiere decir que le ofrezcas el corazón, la casa y lo que tengas, pero de manera que el otro pueda aceptarlo como cosa natural, sin sentirse rebajado. Nunca trates de imponerte, tiene que mandar la espontaneidad». (Ph. Bosmans, *Las flores del bien*.)

El equipo de salud se empeña en una ardua y humana lucha por la salud en verdadera relación interpersonal de colegas y con los pacientes y sus familias. El equipo tiene sumo empeño en curar sin crear dependencias en los enfermos sino hacer personas libres. Alguien ha comparado las relaciones en equipo y hacia afuera no a modo de pirámide donde todos miran a la cúspide, sino a modo de esfera en que todos miran a todos y somos de todos.

Hospital humanizado y humanizante

Parece que la consecuencia lógica de la humanización de las personas, los equipos y los pacientes conlleva el hospital humanizado y a la vez no se queda pasivo sino que engendra energías humanizadoras. La humanización es una tarea y discurre por unos jalones que cada uno viene a ser como el vértice de un triángulo equilátero: Enfermos con categoría de persona; personal de salud con riqueza de relaciones; estructuras idóneas con claridad de funciones. Cualquier alianza a dos entre los tres vértices irá en menoscabo del restante. Se podrá decir que el centro está humanizado cuando hay un buen equilibrio entre enfermo-persona—estructura-profesionales con sus correctas relaciones entre sí y con enfermos— técnica que no ha de ser tecnología.

Hospitalidad

No es fácil, dice el antipsiquiatra Ronald Laing, para una persona dar a otra una taza de té. Quizá pretenda

lucir su tetera o servicio, quizá trate de ponerme de buen humor para conseguir algo... quizá sólo verterá el té. Es imposible dar una taza de té sin darme a mí una taza de té. (*Yo y los otros*). «Es la primera vez en mi vida que me dan una taza de té» dijo a la enfermera una enferma inglesa. Precisamente hoy que utilizamos tantas técnicas de aproximación al otro es imprescindible dejar de idolatrar el medio. Lo importante, dice Therese Bertherat en su libro *El cuerpo tiene sus razones*, es que el que tiene el objeto intermediario sea él verdadera persona. La autenticidad de la persona que lo cuida, el calor, la naturalidad, desbaratarían la superficialidad de las técnicas que pretenden ser *humanizadoras*.

La verdadera hospitalidad es la que hace que el otro pueda entrar en la propia casa porque ésta aparece en perfecto orden y equilibrio y a su vez permite entrar en la morada del otro a veces para poner orden en su vida y compartir sus riquezas ocultas. Por eso los requisitos previos a una buena hospitalidad serán la concentración por la que nos adentramos en nosotros mismos y nos pacificamos y una vez esto estamos en disposición de invitar a los demás para entrar en nuestra vida y celebrar la comunión, el banquete de la amistad.

Cristo como modelo de hospitalario es lo que hace en toda su vida. Los amigos de Jesús encuentran en él lo que son sin saberlo y todo lo que están llamados a ser. Supone un resto, un descanso y a la vez una aventura, una posibilidad para el que entra en su ámbito de comunión. La hospitalidad es amor y es la respuesta de lo mejor que hay en mí a lo mejor que hay en los demás.

Boros lo diría en estos términos: «La bondad de Jesús está en decirle a cada uno ¡sé! La existencia de Cristo estaba ocupada por la miseria del otro», no tiene nada porque lo es todo y porque lo es sana. Quiero concluir con estas palabras de Dostoiewski en *El Gran Inquisidor*. «En vez de dominar la conciencia, viniste a profundizarla más; en vez de cercenar la libertad de los hombres, viniste a ampliarles el horizonte. Tu deseo era liberar al hombre para el amor. Intentar vivir en semejante proyecto de vida es seguir a Cristo. Seguimiento significa liberación y experiencia de novedad de vida redimida y reconciliada y también puede incluir persecución y muerte» (L. Boff, *Jesucristo y la liberación del hombre*).

MIGUEL PAJARES, O. H.

TEMAS QUE REQUIEREN ESPECIAL ESTUDIO EN LA PASTORAL SANITARIA

COMENTARIO

Hemos subrayado diez temas que la Pastoral Sanitaria debe reflexionar con especial interés. Somos conscientes del gran paso que hemos dado en estos últimos años; algunos de los temas señalados han sido ya objeto de cursos, cursillos y reflexiones serenas, no lo dudamos. Todo ello ha contribuido a crear una conciencia cada vez más profunda por este sector de la pastoral. Ahí están los grupos, las delegaciones diocesanas y regionales, el mismo Secretariado Nacional, alma y conciencia de estas y otras muchas realidades.

Creo que es mucho el tiempo que se ha invertido en estos últimos años en la reflexión y progreso de la pastoral sanitaria; muchas las personas que han contribuido a dar pasos adelante; se han dado, incluso, más de los que se esperaba. Yo diría que es la labor de una primera etapa: de *desbrozo*, de aglutinar personas, de concienciar, de poner los cimientos, de levantar las paredes maestras; opino que esta es una labor ya realizada. Por ello, debemos pasar ahora a una segunda etapa: se trataría de completar el edificio; por eso ofrecemos diez medios, diez materiales que, puestos en acción, pueden dar una nueva cara, más terminada y real, de lo que debe ser la pastoral de enfermos.

La potenciación de estos diez enunciados contribuiría a crear una conciencia más fuerte en todos; significaría, igualmente, el esfuerzo comprometido y más comunitario en este proceso de evangelización del campo de la salud.

Formación de agentes de Pastoral Sanitaria

Para ello:

- Introducir la Pastoral Sanitaria en los Programas de formación de los Seminarios e Institutos de Pastoral.
- Crear una Escuela-Permanente-Intensiva con un período de dos años (dos o tres meses cada año), vinculada a la Universidad y dar diploma.

Regular los servicios religiosos de los hospitales

Exige:

- Reflexión sobre la libertad religiosa y derecho del enfermo a esta misma asistencia.
- Estatuto jurídico de los capellanes.
- Estudio de los actuales Servicios y realizar una mejor red de asistencia.
- Dar pautas y criterios de cómo realizar la pastoral sanitaria en estas Instituciones.

Animar, intensificar y promocionar la pastoral de enfermos en las parroquias

Conviene:

- Hacer una auténtica y amplia campaña de sensibilización a nivel de diócesis, zonas, parroquias.
- Ofrecer algunas experiencias *piloto*.
- Crear transitoriamente en las diócesis un centro de orientación de agentes de pastoral sanitaria para las parroquias.

Potenciar y estructurar la regionalización de Pastoral Sanitaria que conlleva, igualmente, la potenciación y animación de las delegaciones diocesanas

Es necesario:

- Se le dé un carácter más *jurídico-responsable* a cada región.
- Nombramiento y reconocimiento del Responsable Regional desde los obispos de cada región.
- Programación adecuada de objetivos y tareas a realizar.
- Creación, animación y coordinación de las respectivas delegaciones diocesanas.
- Relación y coordinación a nivel nacional.

Coordinación de los grupos que se dedican a la pastoral de enfermos, tanto a nivel nacional como regional y diocesano

Se debe:

- Conocer los grupos que *entienden* el mismo tema.
- Intercambiar tareas y experiencias.
- Sensibilizar sobre la idea de servicio coordinado a la Iglesia local.
- Coordinar esfuerzos. Realizar los *grandes programas* conjuntamente. Respetar el principio de autonomía y de unidad.

Integrar a los seglares en la Pastoral Sanitaria, de forma especial a los profesionales sanitarios

Supone:

- Sensibilización de los profesionales sanitarios.
- Creación de Asociaciones y Movimientos *modernos* para profesionales sanitarios cristianos.
- Responsabilizarlos de tareas pastorales diocesanas y parroquiales.

Integrar la Pastoral Sanitaria en la organización de la diócesis y parroquia

Es bueno:

- Hacer ver esta necesidad.
- Organizar las tareas pastorales diocesanas y parroquiales conjuntamente.
- Valerse de las estructuras que ya funcionan.
- Ofrecer cauces y temas de pastoral sanitaria para la reflexión o actuación de otros grupos (catequesis, movimientos apostólicos...).

Atención especializada a los problemas éticos que dimanen del ejercicio de la medicina

Urge:

- Que las facultades de medicina y escuelas de enfermería integren los temas éticos en la carrera.
- Se instituya en los hospitales el Comité de Ética con funciones apropiadas.
- Redefinir los hospitales católicos y que, al mismo tiempo, ofrezcan un ideario apropiado.
- Ofrecer cursos y sesiones de estudio donde se reflexionen los nuevos retos que ofrece la medicina.

Colaborar para hacer más humana e integral la asistencia hospitalaria

Precisa:

- Reflexión sobre la visión integral del hombre.
- Atención a los derechos del enfermo.
- Trabajo en equipo.
- Luchar por unas estructuras que potencien estas realidades.
- Integrar más a la familia en el proceso de curación.

Atención a todo el proceso de reforma sanitaria

Incluye:

- Informarse de las líneas globales de dicho proceso.
- Estudio de las ideologías que mueven la reforma.
- Iluminar los grandes principios que la deben promover.

JOSE L. REDRADO

Noticiario

Hospitales

LA COOPERATIVA, NUEVA FORMA DE ASISTENCIA

¿Cuáles son las oportunidades ofrecidas por la maduración cultural de la sociedad de desarrollar la cooperación en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios, con especial atención al compromiso del voluntariado laico, de los religiosos y de las religiosas, en la promoción humana de los últimos y de los marginados?

Para profundizar este interrogante se reunieron en Roma los representantes de Cáritas, de Firas (religiosas asistentes sociales) y del Cism (religiosos comprometidos en la asistencia). El seminario estaba guiado por un equipo de expertos de las conf-cooperativas y pudo ser enriquecido con la presentación de una serie interesante de experiencias de cooperación en los servicios socio-sanitarios, llevadas a cabo por grupos de voluntariado y por religiosos y religiosas.

Algunas experiencias

Un instituto de la región de las Marcas ha sido transformado para responder mejor a las exigencias psicológicas y afectivas de los huéspedes en varios pequeños apartamentos autónomos, cada uno compuesto por algunos menores y una señorita. Son un camino intermedio entre el instituto y la casa de familia. Los menores viven proyectados hacia el exterior: tiempo libre, escuela, vida religiosa, etc., son mixtos (varones y hembras) y de diferentes edades. La nueva estructuración ha asumido la figura jurídica de cooperativa, con socios ordinarios y socios cooperadores. Las señoritas educadoras son socios ordinarios y por consiguiente miembros a pleno título de la cooperativa. La cooperativa está reconocida por la administración pública.

En Saló —Italia— un grupo de personas ha creado una cooperativa de «asistencia y solidaridad social» que administra una escuela de formación profesional con cursos diurnos y nocturnos, campos deportivos y en general servicios para tiempo libre, a fin de socializar a los menores

y servir como prevención. La cooperativa se compone de 24 socios y actúa en convención con la región.

En Reggio Calabria, dentro de una asociación de voluntariado juvenil, que opera en el ámbito de la Cáritas diocesana, han surgido tres cooperativas:

Una cooperativa agrícola a favor de minusválidos psíquicos, compuesta de 4 voluntarios, 10 minusválidos, 1 objetor de conciencia. Cultiva tres hectáreas de tierra, antiguamente inculta, a base de hortalizas (invernaderos, etcétera) con cría de pollos, etc. La pequeña comunidad está plenamente encajada en la localidad y en el contexto parroquial.

Grupos apartamento: ha surgido una cooperativa de 15 socios para menores inadaptados. El servicio está constituido por dos grupos-apartamento en cada uno de los cuales hay 8 menores. Al servicio de los muchachos están 3 educadores, 2 personas auxiliares y una asistente social. La cooperativa está subvencionada por la administración pública para administrar la asistencia a los menores.

Una pizzería para la socialización de los inadaptados: está constituida por 9 socios, administra un bar-pizzería para ofrecer trabajo, pero sobre todo con la finalidad de socializar a algunos muchachos (cinco) con particulares dificultades. Trabajan también dos objetores.

En Bérgamo, en cambio, en el ámbito de la Cáritas diocesana ha surgido una cooperativa de servicios socio-sanitarios a favor de *terceros*. En este momento administra un servicio a domicilio para ancianos. Entre los socios hay también un sacerdote y una religiosa y algún objetor de conciencia. Los socios, además de satisfacer sus cuotas, se comprometen también a prestar servicio, principalmente a título voluntario.

En Roma, para ayudar a personas minusválidas, funcionan hace algunos años dos cooperativas, surgidas en el ámbito de la comunidad de Capodarco:

La primera es una cooperativa *electrónica* donde trabajan 50 personas, 25 sanas y 25 minusválidas. Entre los sanos hay personas del barrio que anteriormente eran inadaptadas y sin trabajo. Trabajan también algunos objetores de conciencia. La cooperativa es actualmente auto-suficiente.

La segunda cooperativa opera en el sector de la *cerámica*: trabajan en ella 17 personas minusválidas —entre las cuales también hay un muchacho focomélico— y 10 personas sanas. Obsérvese que existe un lazo de solidaridad entre las dos cooperativas, porque, cuando una de ellas está en dificultades, es apoyada por la otra.

También es una experiencia interesante la de Saluzzo, en la provincia de Vercelli, donde una congregación religiosa está realizando una comunidad albergue para minusválidos poco graves de 14 a 30 años, junto a una cooperativa agrícola donde estos minusválidos encontrarán trabajo cultivando cereales, frutas y verduras y criando animales. En la comunidad albergue vivirán dos religiosas y un matrimonio.

En Milán, en la parroquia León XIII, ha surgido una cooperativa denominada CAST (Centro Acogida Sin Techo) con 18 socios de la parroquia. Los destinatarios son los vagabundos de la zona y las personas con graves dificultades. El objetivo es hacer experimentar a estas personas una situación *normal*, una casa, una cama, una acogida humana. Las hermanas de una congregación han ofrecido los locales para el centro de acogida. Muchísimas familias se han suscrito por cantidades a su elección. El servicio está constituido por un centro de atención durante el día y una casa para la cena y para la noche.

Otra experiencia significativa es la que actúa en Sulmona. Un grupo de ancianos está reunido en cooperativa. Aportan sus pensiones y las cuotas que el ayuntamiento gasta para su recuperación. Pueden contratar empleados y pueden ampliar también la asistencia a domicilio de ancianos, recibiendo del ayuntamiento la equivalencia del coste del servicio según un convenio particular. Tienen la gran ventaja de sentirse protagonistas y de asegurarse servicios adecuados a sus propias exigencias.

Estos ejemplos no comprenden toda la amplia gama de experiencias que actualmente se llevan a cabo. Por ejemplo, se podrían citar las cooperativas de Santa Marinella (Roma) con el carácter de comunidad terapéutica para drogadictos con actividad agrícola y cultural; la cooperativa de Potenza para la asistencia domiciliaria a los ancianos; la de Novara para minusválidos o la de Nápoles a favor de los ex-detenidos.

Estas experiencias y otras similares que están surgiendo por todas partes, se apartan, en ciertos aspectos, de las formas clásicas de cooperación. En el transcurso del seminario no fue fácil, ni siquiera para los expertos, encuadrar el fenómeno de la nueva cooperación basándose en la legislación vigente. Existen algunos aspectos que escapan a toda clasificación, pero estos son los que prestan un significado nuevo y original a las mismas experiencias.

Los marginados como protagonistas

El aspecto nuevo, observa don Pasini en un artículo Italia Cáritas (n. 8, agosto 1979), es la precedencia que se da a la parte interior de las fórmulas cooperativas, es la valorización de las personas y en particular de las personas menos favorecidas. En la fórmula cooperativa tradicional se parte tradicionalmente desde una hipótesis de igualdad entre los socios, no solamente en el plano de la dignidad humana, sino también en el plano de la productividad. Este planteamiento no se puede hacer cuando en una cooperativa hay 10 personas sanas y 10 minusválidas, que bajo el punto de vista de la eficiencia operativa no pueden ser consideradas a la par con las otras. Sin embargo, es muy importante para ellas, en el plano de los valores, entrar en una organización comunitaria en la cual trabajan según sus propias posibilidades, es decir, se sienten valoradas, fuera de un régimen asistencial que corre el riesgo de hacerlas sentir más *objetos*

de cuidados, que sujeto protagonista. Es muy importante ser parte de una organización en donde se sienten iguales a los demás, donde su voto vale tanto como el de una persona sana: es como salir de una condición de inferioridad en la cual es normal sentirse marginados y objeto de compasión.

Sin descuidar la dimensión económica, es necesario añadir a la identidad de la cooperativa un elemento más: la cooperativa funciona si alcanza el objetivo que se ha propuesto. Si la cooperativa se propone la recuperación de los drogadictos, de los ancianos, de los jóvenes inadaptados, de los ex-presos, de minusválidos físicos o mentales, a través de una fórmula que estimule su responsabilidad, y que al mismo tiempo les ayude a crecer en libertad y en dignidad: ésta es válida si alcanza este objetivo aunque el resultado económico sea bajo.

Ciertamente, termina don Pasini, la ley tal como es actualmente admite con dificultad este nuevo planteamiento; pero la ley no es un ídolo, puede ser modificada, debe ser modificada, adaptándose a las exigencias del lugar y especialmente a los menos favorecidos.

Una cooperación en los servicios así entendidos posee un alto significado humano y cristiano, según ha hecho observar monseñor Liverzani, obispo de Frascati. Constituye un punto de equilibrio entre las personas y la sociedad: es un lugar donde se experimenta la participación verdadera, que implica capacidades de decisión responsables; favorece un sentido de la autoridad entendida como servicio y la igualdad entre las personas. Otro aspecto fundamental es la implicación comunitaria, facilitada a menudo por la presencia de una cooperativa. «Para los católicos, ha dicho el obispo, es innovador que los servicios socio-sanitarios no aparezcan ya como administrados por privados (sean laicos o religiosos) sino que se presenten como expresión de la comunidad: un parvulario administrado por los padres, un centro de acogida a cargo de una cooperativa detrás de la cual está implicada toda la comunidad parroquial. Por último, tiene un valor conciliante la presencia del voluntariado, que se asocia a los hermanos menos dotados para emprender juntos un camino de liberación».

Revista *Testimoni*

MADRID

JORNADAS INFORMATIVAS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

Las jornadas informativas sobre Seguridad Social, Sanidad y Servicios Sociales, celebradas en Madrid, fueron organizadas para lograr un acercamiento y un mejor conocimiento recíproco entre la Administración y la Orden Hospitalaria y el ofrecimiento de la colaboración necesaria para contribuir a la mejora de la calidad asistencial en beneficio del hombre enfermo.

Los temas y las personalidades que los desarrollaron, a lo largo de dos días de intenso trabajo, fueron: Apertura, por Josep Artigas. Política de conciertos, por Francisco Moreu. La planificación sanitaria, por Juan Ramos. Presupuestos de la Seguridad Social, por José Gallego. Transferencias de competencias sanitarias a los entes auto-



Presidencia y aspecto parcial del auditorium.

nómicos, por Juan Pelegrí. Presente y futuro de la psiquiatría, por Antonio Espino. Planificación de servicios sociales, por José Miguel Oliva. Problemática de los minusválidos físicos y psíquicos, por Angel Criado.

En la sesión de clausura de las jornadas intervino Juan Reig. Antes de finalizar estas interesantes jornadas, el provincial de Castilla, Florentino Martínez, puso de relieve que la idea de servicio, por parte de la Orden Hospitalaria al hermano enfermo, marginado o necesitado, es expresión del espíritu que Juan de Dios infundió en la obra que puso en marcha, en Granada.

A las jornadas asistieron los directores, gerentes, administradores de los 35 hospitales que los hermanos de san Juan de Dios regentan en España, con un total de 10.511 camas y 5.500 colaboradores. Todos los actos se celebraron en el hospital infantil san Rafael.

PRIMEROS PREMIOS DE EPILEPSIA

El jurado calificador del primer premio de epilepsia, creado por el hospital instituto San José, Madrid, galar-



De izquierda a derecha: Profesores Conde López, Reinoso Suárez. Doctores Díez Cuervo, Ramírez Ruiz, Mestre Rossi, Sánchez Caro.

donó los trabajos y autores siguientes: «Neurología epiléptica: un nuevo concepto neurobiológico», doctor Jesús Vaquero, primer premio. «Evolución y pronóstico de las epilepsias generalizadas primarias», doctores Félix Bermejo, Enrique Sáenz, Francisco Javier Herranz, segundo premio. «La epilepsia como síntoma de inicio en los tumores cerebrales», doctores Anastasio Camacho, María Angeles García, tercer premio. «Contribución al estudio de la epilepsia debida a la esclerosis tuberosa», doctores Pilar Fossas, Adolfo Pou, primer accésit. «Neurotransmisores y crisis epilépticas comunes de la infancia», doctores Manuel Nieto, Luis Jiménez, Fernando Vaquero, Ramón Candau, Salud Luna, Elisa Ortiz, segundo accésit. «Estimulación del cerebelo y epilepsia», doctores Miguel Manrique, Alfonso Pérez, Santiago de Oya, tercer accésit. «Con un mismo lenguaje se puede luchar contra la epilepsia», doctor Juan Carlos Gómez, mención especial.

MEXICO

V JORNADA PSIQUIATRICA

Los días 4 y 5 de marzo de 1983, se celebró en la clínica San Rafael, de la ciudad de México, la V Jornada Psiquiátrica, con representantes de los hospitales de San Juan de Dios, en Zapopan, Jal., de Guadalupe, en Cholula, Pue., y de Tlalpan, así como numerosa asistencia de profesionales interesados en el campo de la salud mental.

El comité organizador fue presidido por el doctor Guillermo Calderón Narváez, director médico de la clínica San Rafael, coordinado por el hermano Antonio Farré, o. h., director administrativo de la misma; fungió como secretario el doctor Salvador González Gutiérrez, subdirector del centro de Salud Mental Comunitaria, que la orden de San Juan de Dios patrocina en las instalaciones de la misma clínica.

Una vez inaugurada la Jornada por el hermano José Anadón, o. h., los trabajos se iniciaron con la presentación de la ponencia *La educación de postgrado en psiquiatría en el Sanatorio Psiquiátrico San Juan de Dios*, que corrió a cargo de los doctores José Luis Ibararán y Luis E. Rivero, director médico y jefe de enseñanza, respectivamente, en el hospital mencionado, quienes hicieron una amplia y clara exposición sobre la forma en que se iniciaron los cursos de especialización en esa institución, respondiendo a una necesidad social de contar con un mayor número de profesionales en la zona, sobre su preocupación por la calidad de la enseñanza, intentando que ésta sea lo más individualizada posible y que los psiquiatras en formación se encuentren en contacto permanente con los pacientes, contribuyendo a mantener la práctica humanística de la medicina que caracteriza los hospitales *juaninos*.

Posteriormente los doctores Francisco González Sandoval y Víctor Rivera Barrios, director y jefe de enseñanza del hospital Guadalupe, en Cholula, Pue., presentaron junto con su equipo multidisciplinario de trabajo una valiente y gallarda ponencia titulada *Causas de cronicidad y hospitalismo en pacientes psiquiátricos*, en la que cues-

tionaron la real justificación para mantener internados a pacientes que quizá podrían atenderse en casa si sus respectivas familias mostraran actitudes más positivas hacia los enfermos; presentaron dramáticos datos estadísticos sobre la frecuencia con que son visitados estos pacientes crónicos llegando a la conclusión de que en realidad han sido abandonados y en muchos casos totalmente olvidados.

Durante la ponencia los participantes se plantearon la duda de que el hospital y su personal estuvieran facilitando esta conducta de la familia, y la posible conveniencia de establecer criterios más rígidos de internamiento y permanencia intrahospitalaria.

Posteriormente el doctor Javier Garcíadiego, presidió el simposio titulado *Consideraciones acerca de la historia de la psiquiatría en México*, en el que participaron los residentes de psiquiatría de la clínica San Rafael, quienes dividieron el trabajo coordinado por el doctor Ricardo Gallardo en *Epoca prehispánica*, doctora Carmen Merodio; *Epoca colonial*, doctor Raúl de la Parra, Siglo XIX, doctor Enrique Garrido; *Epoca actual*, doctor Luis Solís y *Psiquiatría social*, doctora Addy Palma. Como los subtítulos lo indican se hizo una amplia revisión de los avances de la psiquiatría en nuestro país, así como de los momentos históricos que influyeron en el desarrollo de la misma.

El sábado 5 de marzo, el doctor Carlos Pucheu, subdirector del Instituto Mexicano de Psiquiatría, dictó la conferencia magistral *Investigación en psiquiatría en la década de los ochenta*. El doctor Pucheu revisó ampliamente la situación actual y las expectativas que seriamente se presentan desde el campo del reduccionismo biológico hasta los peligros de utilizar el método científico con fines ideológicos y al mismo tiempo la imposibilidad de prescindir de la ideología en función de nuestra condición de seres pensantes.

A continuación el doctor Guillermo Calderón coordinó una mesa redonda sobre *Teoría y práctica de la docencia e investigación desde centros de salud mental comunitaria*, en la que participaron los doctores Rodolfo Panizza y Salvador González, el psicólogo Miguel Ángel Padilla, la licenciada en T.S. Cristina Mendoza, y la maestra en enfermería Rosalía Vargas, explicando la forma de lograr la aceptación de la comunidad, el método de trabajo, el manejo de las estadísticas, las muestras del universo de trabajo, y la incorporación de actitudes nuevas en los estudiantes que visitan comunidades como parte de la educación integral de todo profesional del campo de la salud mental.

La T.S. Cristina Mendoza y los doctores Salvador González y Rodolfo Panizza presentaron el excelente audiovisual *El centro de salud mental comunitaria* en el que mostraron las actividades del mismo, la organización de los diferentes equipos de trabajo, manifestando la importancia del trabajo en equipo con diferentes especialidades para un bien común que es la salud mental. Plantearon además el concepto de que la salud mental es sólo parte de la salud pública, y como tal programa actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo de Leavell y Clark.

Finalmente el padre Jorge Palencia dictó una conferencia magistral sobre el tema *Humanización y pastoral de la salud*, en la que mencionó los peligros de la creciente

tecnificación, enfatizando que su utilidad innegable no substituye el calor humano que sólo puede brindar quien, a su vez, ha cultivado actitudes ante la vida misma.

El hermano José Anadón clausuró la jornada agradeciendo la participación de los ponentes, del auditorio y de los organizadores.

VALENCIA

IV CURSO SOBRE ENFERMEDADES REUMATICAS

Se ha celebrado el IV Curso Oficial de Enfermedades Reumáticas en el hospital san Juan de Dios de Valencia, que en esta ocasión ha contado con el patrocinio de la Sociedad Española de Reumatología, Dirección Provincial de Sanidad, Delegación Provincial de Cultura, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia e Instituto Nacional de la Salud.

Se ha podido contar también con la inestimable colaboración de especialistas formados por el servicio organizador como los doctores Buades y Escobedo, y con los especialistas más representativos de la Comunidad Valenciana como los doctores Añó, Donderis, Corts, García, Molerés, Pelegrín, Núñez, Muriach, Pascual. Asimismo se ha contado con relevantes figuras de la Reumatología Nacional como los doctores Asensi, Conca, Obach, Salvatierra.

El curso ha sido dirigido por el doctor Montaner, asesorado por sus colaboradores doctores Muñoz y Pérez. La señorita María Luisa dirigió la secretaría técnica.

Cada curso intenta contribuir a la formación continuada de los post-graduados incrementando los conocimientos de los mismos en la Especialidad, sensibilizar tanto a los médicos como a la opinión pública de las deficiencias que tiene la Reumatología tanto de camas como de Unidades Asistenciales, cuando es una de las mayores cargas que tiene que soportar nuestra sociedad, cifrándose en más de 350.000 millones de pesetas anuales que corresponden a invalidez permanente, bajas laborales, farmacia, etc.

ROMA

NUEVAS PERSPECTIVAS EN CIRUGIA OCULISTICA, MEDIANTE EL EMPLEO DEL «IAL»

Sucedáneo de los líquidos endobulbares

Los sanitarios de la División Oculística del Hospital de los hermanos de san Juan de Dios de la Isla Tiberina han presentado los resultados de un interesante experimento realizado durante cinco meses en los pabellones oculísticos del hospital y del centro traumatológico ortopédico, en colaboración con el Laboratorio de Investiga-

ciones Farmacológicas FIDIA: la utilización del IAL (ácido ialurónico de nueva generación) como sucedáneo de los líquidos endobulbares.

Ponentes del encuentro fueron el profesor Ricardo Neuschüller, director de la clínica oculista del hospital; el doctor G. Santarelli, de la División Oculista del C.T.O.; el doctor M. Emanuelli, del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica Intensiva del hospital, y el doctor L. Pocchiari, farmacólogo de los Laboratorios de Investigación FIDIA.

El encuentro fue presentado por el profesor Claudio Morgagni, director sanitario del hospital tiberino.

El ácido ialurónico, sustancia extraída de la cresta del gallo, ha encontrado en la cirugía oculística un utilísimo y hasta ahora imprevisible espacio de empleo.

La máxima aspiración de todo cirujano oculista ha sido siempre, entre otras, la de tener a disposición un válido sucedáneo de los líquidos endobulbares: humor acuoso, situado en el segmento anterior, y humor vítreo en la cámara posterior del ojo.

Hasta hoy se han utilizado varios métodos que prevenían el empleo a tal fin de solución fisiológica, aire, aceite de siliconas y otros preparados que, cada cual por su peculiaridad, se han evidenciado suficientemente válidos.

El ácido ialurónico que, para usos oculistas, se presenta como una gelatina con varios grados de fluidez, es, entre todas las substancias experimentadas hasta hoy, la más semejante a los líquidos endobulbares; de todos modos, hasta hoy, se habían utilizado muy poco, debido a algunos inconvenientes ligados al elevado peso molecular de esta sustancia, que limitaba su utilización, procurando algunas indeseadas complicaciones, entre las cuales el aumento del tono endobulbar.

La operación que se ha beneficiado más del empleo de esta sustancia es la de la extracción de la catarata. La introducción de IAL en la cámara anterior permite llenar los espacios dejados vacíos por la extracción de la catarata misma, y además induce a una curación más rápida debido al elevado poder cicatrizante y antiflogístico propios de la sustancia. En efecto, el IAL actúa sobre los bordes de la herida quirúrgica como una auténtica cola. Se reducen así considerablemente los tiempos de hospitalización (3 ó 4 días a lo sumo), con comprensibles ventajas para el paciente.

El IAL ha sido experimentado también en la cirugía del desprendimiento de retina, colocación de lentillas acrílicas, queratoplástica, con resultados evidentemente prometedores.

LA ACUPUNTURA CONTRA LA DROGA

La acupuntura como método para curar el hábito a la droga ha sido el tema de la lección dictada por el profesor Nguyen Tai Thu, Director del Instituto Nacional de Acupuntura del Vietnam, a los estudiantes de la Escuela de Especialización Postuniversitaria en Acupuntura, administrada por el CISEFF (Centro Internacional de Estudios y Formación de los hermanos de san Juan de Dios en la Isla Tiberina), que es la primera reservada exclusivamente a los licenciados en medicina, que funciona en Italia, y a la cual se debe el mérito de haber

devuelto a la acupuntura su dignidad de ciencia, situándola al mismo nivel que las demás escuelas de especialización del hospital de la Isla Tiberina: medicina general, cirugía, obstetricia y tocología, endocrinología.

La intervención del acupuntor en el drogadicto se basa en un principio muy sencillo: tonificar el cuerpo y dispersar los síntomas de la crisis de abstinencia. Eliminando el grave malestar físico debido a la llamada *crisis de abstinencia* y las posibles complicaciones cardiocirculatorias —a veces mortales— que de aquélla se derivan, permite desintoxicarse sin recurrir a otras substancias tóxicas, aunque menos nocivas que la heroína (como el metadone). La acupuntura —ha dicho el profesor Tai Thu— debe ser siempre personalizada, porque el mismo malestar puede manifestarse de un modo diferente en los distintos sujetos, lo que exige intervenciones diferenciadas en cada caso. Se trata, en efecto, de una ciencia exacta que indica con precisión la posición del *meridiano* en que se debe intervenir, pero hay que saber interpretar —y para eso se necesita el médico— los síntomas de un modo correcto. Tales síntomas raras veces se repiten de una manera idéntica: en particular, en los drogadictos se advierten cuatro sintomatologías (contracciones musculares involuntarias y hormigueo en la columna vertebral, arritmia cardíaca, disfunciones sexuales, insomnio), a menudo asociadas entre sí, para cada una de las cuales deben localizarse las características peculiares de cada caso, que consienten al médico acupuntor trazar el mapa personalizado de los puntos donde aplicar las agujas. Después del diagnóstico agregó el director del Instituto Nacional de Acupuntura del Vietnam, será suficiente una semana de terapéutica (dos sesiones diarias) para vencer la primera y acaso la más difícil batalla contra la *mona*.

En el caso de la *crisis de abstinencia*, la acupuntura actúa a nivel sintomatológico, ofreciendo así una posibilidad más a quien quiere abandonar su hábito a la droga: nunca hemos alimentado la ilusión de resolver con pinchazos inocuos el *problema del pinchazo*, que es más social que médico; la verdadera solución está en las comunidades terapéuticas que también en el Vietnam desarrollan una función determinante, ofreciendo la posibilidad a los jóvenes ex drogadictos de vivir una vida serena y rica en valores, trabajando al aire libre, secundando sus tendencias artísticas o, sencillamente, recuperando confianza en sí mismos, construyendo con sus manos objetos (sobre todo guitarras) de cuya venta procede parte de las financiaciones necesarias a la comunidad.

No obstante, a la acupuntura ha de reconocerse el grandísimo mérito de ahorrar al drogadicto los aspectos dolorosos y a veces letales de la *crisis de abstinencia*, que frecuentemente la voluntad por sí sola no está en condiciones de afrontar. En el 80 % de los casos tratados (y en Vietnam ascienden ya a cientos de miles) la acupuntura está, pues, en condiciones de sustituir eficazmente al metadone que conlleva, a su vez, problemas de asuefacción, de desasuefacción (siendo también una droga) y sociales (por desgracia, el *metadón de Estado* es vendido a menudo por los heroinómanos a otros drogadictos, para financiarse así su vicio), todo ello sin que exista contraindicación alguna, ya que, seguramente, en ese 20 % de fracasos —como ha subrayado el profesor Tai Thu— no provoca daños, como tampoco provoca efectos negativos colaterales en los sujetos en quienes funciona.

LA COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL Y LAS HUELGAS SANITARIAS

Ante las sucesivas huelgas sanitarias que se están llevando a cabo en nuestro país —de ATS, del personal de limpieza, de los médicos, de los auxiliares administrativos, etc.— los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral nos sentimos en la obligación de pronunciarnos sobre las implicaciones éticas de las mismas.

Lo hacemos como pastores encargados por los demás obispos de España de orientar la acción de la Iglesia en el campo de la Sanidad y de iluminar desde el evangelio los problemas profundamente humanos que se plantean en él.

La huelga es un derecho, aunque no absoluto, de todo ciudadano. En el campo sanitario, la huelga no es homologable a las que puedan llevarse a cabo en otros campos, ya que repercute directamente sobre el primero y el fundamental de los derechos humanos, el derecho a la vida y consecuentemente a la salud, y además su ejercicio puede ocasionar trastornos graves y añadir sufrimientos a los que ya padecen los enfermos y sus familiares por su situación.

Por ello, la justificación de la huelga sanitaria exige una extrema y cuidadosa ponderación de sus consecuencias por parte de los que intervienen en ella: organizadores y promotores, trabajadores sanitarios y Administración. El que las consecuencias puedan ser graves y el que las sufran fundamentalmente los más débiles e indefensos, los enfermos, hace que la huelga no pueda justificarse éticamente más que en casos realmente extremos. Por esto, la Administración Pública sobre todo y las personas o entidades privadas que ejercen funciones patronales o gerenciales en la Sanidad, han de extremar los canales de diálogo y afinar su sensibilidad ante los problemas del personal y de los centros sanitarios y anteponer a todo interés el bien de los enfermos y el bien social.

Por lo cual, y conscientes de la complejidad de los problemas que se plantean y de su enorme trascendencia humana, los obispos de la Comisión de Pastoral:

1. Pedimos a cuantos convocan una huelga sanitaria y a quienes tienen responsabilidad en la solución de los motivos de la misma, que sopesen con el máximo rigor sus consecuencias en los enfermos, agoten todas las vías posibles de solución antes de llegar a ella, de tal modo que sólo se convoque como un recurso extremo e inevitable.

2. En caso de convocarse la huelga, pedimos a todos, organizadores, Administración y trabajadores sanitarios, que garanticen efectivamente los servicios básicos de la asistencia sanitaria no sólo los de urgencia sino también aquellos que si faltan pueden causar serios perjuicios a la salud de los enfermos o sufrimientos graves a los mismos y a sus familias: no se puede justificar éticamente la huelga si no están bien atendidos tales servicios.

3. Asimismo, pedimos a las partes interesadas que traten con todas sus fuerzas de evitar o superar aquellos obstáculos que impiden o dificultan el mutuo entendimiento y la pronta solución de los conflictos: el apasionamiento, la cerrazón en la propia postura, los planteamientos simplistas, la utilización política del conflicto, la manipulación de la situación real mediante informaciones parciales o tendenciosas, etc.

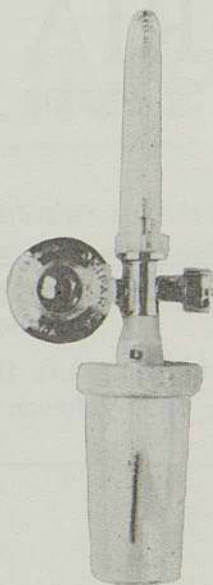
4. Prestamos nuestro apoyo a la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos en su labor en pro del reconocimiento de los derechos y deberes de los enfermos, y a su reciente comunicado sobre las huelgas sanitarias; y pedimos que su voz y la de los demás enfermos sea escuchada y tenida en cuenta, ya que ellos son el centro de la asistencia sanitaria.

5. Alentamos a nuestros fieles, y a cuantos trabajan en la Sanidad y quieren escucharnos, a ser responsables en el desempeño de su tarea y a comprometerse seriamente en la búsqueda y consecución de un Sistema Sanitario que eliminando las desigualdades y deficiencias armonice las exigencias del bien común, los derechos de los enfermos y usuarios y los derechos de los trabajadores sanitarios.

Teodoro Ubeda Gramaje, Obispo de Mallorca.
Javier Osés Flamarique, Obispo de Huesca.
Ramón Echarren Ysturiz, Obispo de Canarias.
José Gea Escolano, Obispo de Ibiza.
Alberto Iniesta Jiménez, Obispo Auxiliar de Madrid-Alcalá

MEDIDORES DE CAUDAL

aplicación y medición de caudales de oxígeno



Caudalímetro Oxifar para acoplamiento a canalización de oxígeno.

CARACTERISTICAS GENERALES

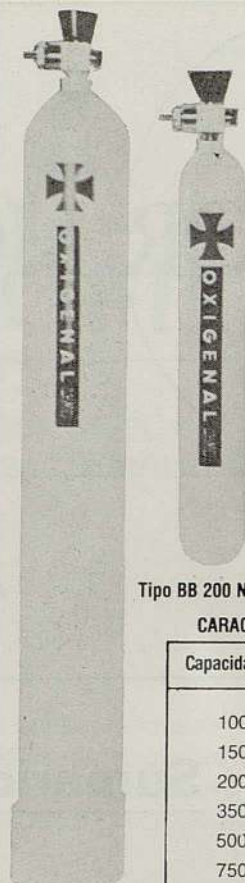
- Reductor fijo de presión estable.
- Grifo micrométrico para regulación del flujo.
- Vaso humectador.
- El rotámetro puede ser suministrado en cualquiera de las tres escalas de lectura siguientes:
 - escala P de 0,1 l/min. a 3,5 l/min.
 - escala A de 2 a 16 l/min.
 - escala PA doble de 0,1 a 3,5 y 2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

OXIGENAL

la pequeña botella que salva una vida

DE UTILIDAD EN:

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



Tipo BB 200 NI

CARACTERISTICAS DE LOS APARATOS SERIE OXIGENAL

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

Tipo BB 1000 NI

LOXIFAR



respirador activo bifásico

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

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

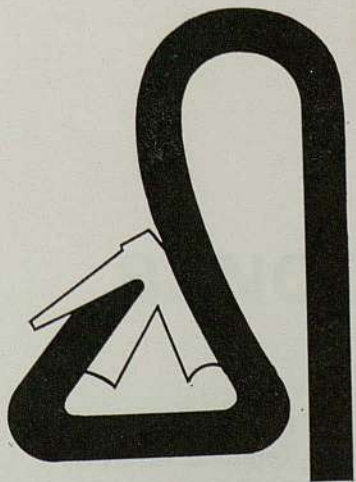
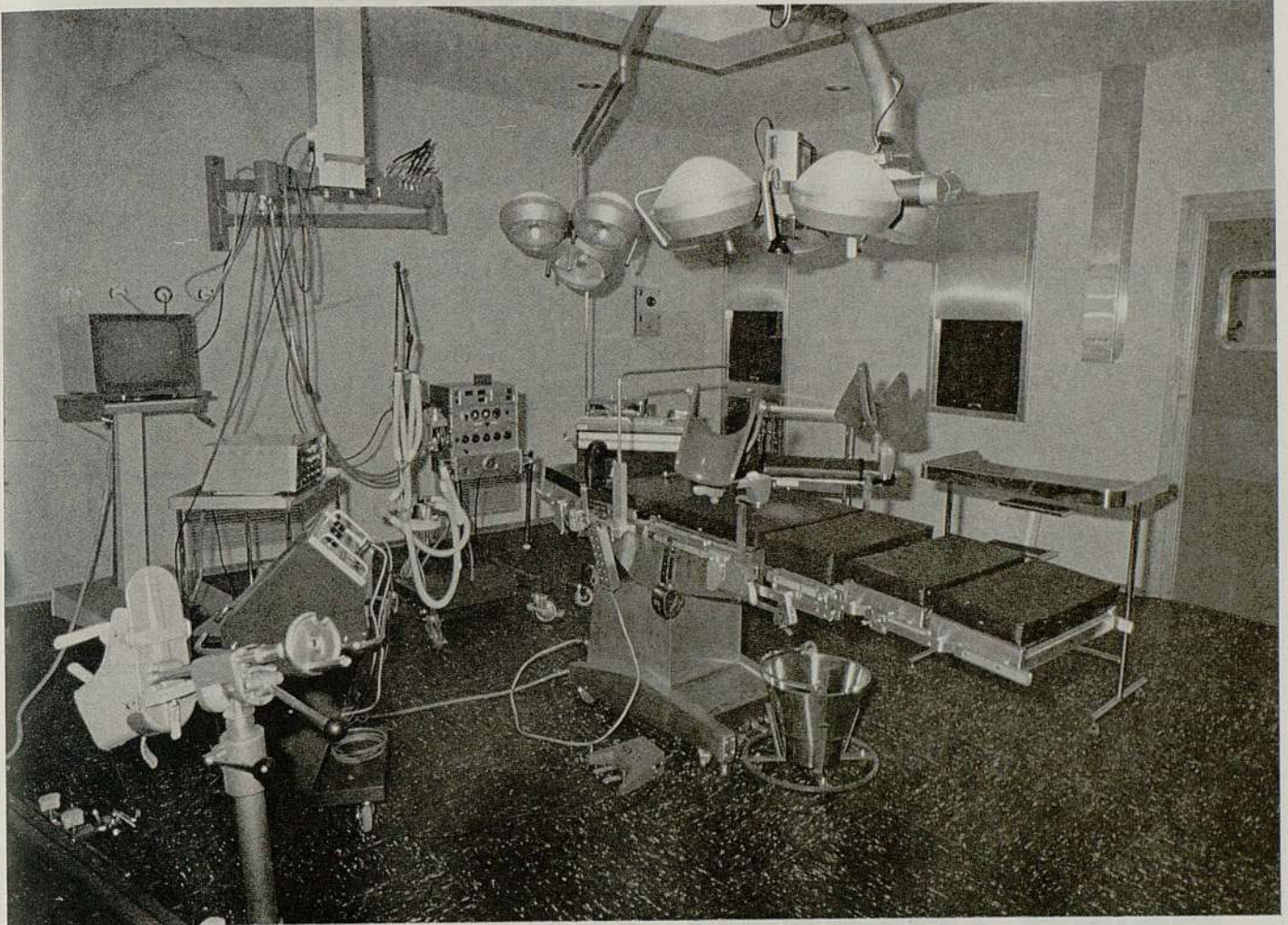


OXIFAR

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

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

Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE

San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04

Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE

Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24

MADRID-3

CANARIAS:

Luis Doreste Silva, 60. Telf. 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS

LABORATORIO

Sic. Dn. Edad

HENA

Hemoglobina %	
Hematocrito %	
Leucocitos /mm ³	
Neutrofilos %	
Linfocitos %	
Monocitos %	
Eosinofilos %	
Plaquetas /mm ³	
Vel. Sed. a 1 h	
Vel. Sed. a 2 h	
Vel. Sed. a 3 h	
Vel. Sed. a 4 h	
Vel. Sed. a 5 h	
Vel. Sed. a 6 h	
Vel. Sed. a 7 h	
Vel. Sed. a 8 h	
Vel. Sed. a 9 h	
Vel. Sed. a 10 h	
Vel. Sed. a 11 h	
Vel. Sed. a 12 h	
Vel. Sed. a 13 h	
Vel. Sed. a 14 h	
Vel. Sed. a 15 h	
Vel. Sed. a 16 h	
Vel. Sed. a 17 h	
Vel. Sed. a 18 h	
Vel. Sed. a 19 h	
Vel. Sed. a 20 h	
Vel. Sed. a 21 h	
Vel. Sed. a 22 h	
Vel. Sed. a 23 h	
Vel. Sed. a 24 h	
Vel. Sed. a 25 h	
Vel. Sed. a 26 h	
Vel. Sed. a 27 h	
Vel. Sed. a 28 h	
Vel. Sed. a 29 h	
Vel. Sed. a 30 h	
Vel. Sed. a 31 h	
Vel. Sed. a 32 h	
Vel. Sed. a 33 h	
Vel. Sed. a 34 h	
Vel. Sed. a 35 h	
Vel. Sed. a 36 h	
Vel. Sed. a 37 h	
Vel. Sed. a 38 h	
Vel. Sed. a 39 h	
Vel. Sed. a 40 h	
Vel. Sed. a 41 h	
Vel. Sed. a 42 h	
Vel. Sed. a 43 h	
Vel. Sed. a 44 h	
Vel. Sed. a 45 h	
Vel. Sed. a 46 h	
Vel. Sed. a 47 h	
Vel. Sed. a 48 h	
Vel. Sed. a 49 h	
Vel. Sed. a 50 h	
Vel. Sed. a 51 h	
Vel. Sed. a 52 h	
Vel. Sed. a 53 h	
Vel. Sed. a 54 h	
Vel. Sed. a 55 h	
Vel. Sed. a 56 h	
Vel. Sed. a 57 h	
Vel. Sed. a 58 h	
Vel. Sed. a 59 h	
Vel. Sed. a 60 h	

VSG 1 h mm. 2 h mm. 3 h mm. 4 h mm. 5 h mm. 6 h mm. 7 h mm. 8 h mm. 9 h mm. 10 h mm. 11 h mm. 12 h mm. 13 h mm. 14 h mm. 15 h mm. 16 h mm. 17 h mm. 18 h mm. 19 h mm. 20 h mm. 21 h mm. 22 h mm. 23 h mm. 24 h mm. 25 h mm. 26 h mm. 27 h mm. 28 h mm. 29 h mm. 30 h mm. 31 h mm. 32 h mm. 33 h mm. 34 h mm. 35 h mm. 36 h mm. 37 h mm. 38 h mm. 39 h mm. 40 h mm. 41 h mm. 42 h mm. 43 h mm. 44 h mm. 45 h mm. 46 h mm. 47 h mm. 48 h mm. 49 h mm. 50 h mm. 51 h mm. 52 h mm. 53 h mm. 54 h mm. 55 h mm. 56 h mm. 57 h mm. 58 h mm. 59 h mm. 60 h mm.

Dist. mg % PTT Ptas. % Gluc. % Lipido mg % Colesterol mg % Triglicer. mg % Biliroba mg %

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Glucosa mg/100 ml	1
Urea mg/100 ml	2
Ac. Urico mg/100 ml	3
Creatinina mg/100 ml	4
Calcio mg/100 ml	5
Fosforo mg/100 ml	6
Bilirubina T mg/100 ml	7
Proteinas T. g/l	8
Albumina g/l	9
Ferritina g mg/100 ml	10
Colesterol mg/100 ml	11
Trigliceridos mg/100 ml	12
Turbidez A	13
B-Lipoproteinas A	14
B-Lipoproteinas B	15
BUD T mL/ml	16
SOP T mL/ml	17
SGT mL/ml	18
LDH mL/ml	19
CPK mL/ml	20
LAP mL/ml	21
α amilasa mL/ml	22
γ amilasa mL/ml	23
α amilasa LI/ml	24
Mioma mg/100 ml	25
Transferrina mg/100 ml	26
Magnesio mg/100 ml	28
Amoniaco mg/100 ml	29
Cloruro mL/L	30

Forma y fecha LABORATORIO

LAB. AUTOMATICO PERIF. BIOQUIMICO RESULTADOS

Determinación (Unidad normal)

Glucosa	
Urea	
Ac. Urico	
Creatinina	
Calcio	
Fosforo	
Bilirubina T	
Proteinas T.	
Albumina	
Ferritina	
Colesterol	
Trigliceridos	
Turbidez	
B-Lipoproteinas	
B-Lipoproteinas B	
BUD T	
SOP T	
SGT	
LDH	
CPK	
LAP	
α amilasa	
γ amilasa	
α amilasa LI	
Mioma	
Transferrina	
Magnesio	
Amoniaco	
Cloruro	

Observaciones

DOCTOR: _____

BEC: _____

FECHA: _____

FORMULARIOS PARA ANALISIS CLINICOS Y EQUIPOS DE GRAN PRECISION

Nuestra Compañía esta especializada en la confección de impresos de gran precisión para todo tipo de ORDENADORES ELECTRONICOS

Para más información. dirijanse a:



BLOCFORMS
 Avenida Vulpallera, 1 y 3
 Apartado de Correos 271
 SANT CUGAT DEL VALLES (Barcelona)
Tel. (93) 674 43 16

CelpA / España, S.L.

Higiene para colectividades

Poeta Emilio Baró, 24
 Teléfono 360 39 58
 VALENCIA - 20

Trajano, 18
 Teléfono 331 20 95
 BARCELONA - 4

Venecia, 42
 Teléfono 38 65 12
 ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
 Teléfono 45 01 87
 PALMA DE MALLORCA



construcciones

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

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

“Nuestras cuentas no son nada corrientes.”

Javier Peidro
Gestor de Banca Mas Sardà.



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

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

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



BANCA MAS SARDÀ

Fundada en 1844

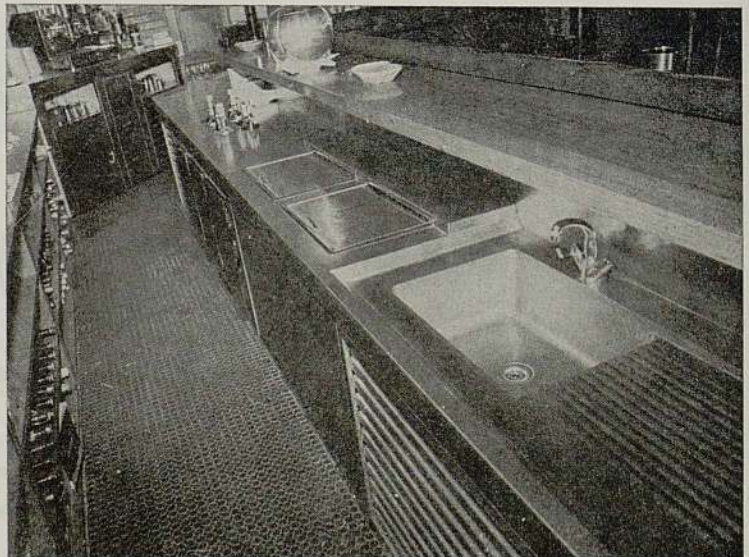
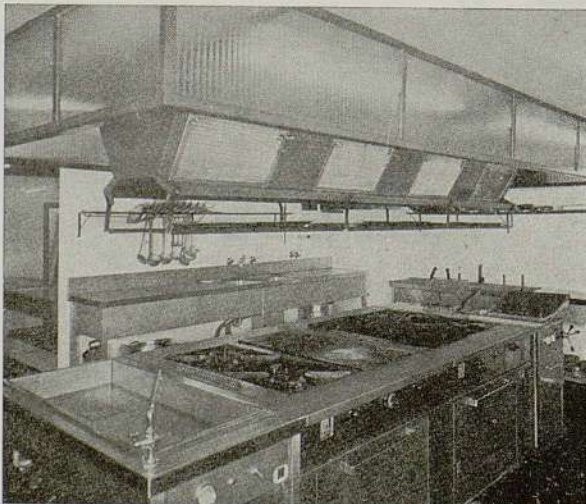
HOSTELERIA

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 cafeteria



Antonio Matachana, s.a.

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

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

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

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

CONFECCIONES

BH S. A.

Una empresa al servicio
de las empresas hospitalarias

- PRENDAS LABORALES Y PROFESIONALES
- CONFECCIONES
- SASTRERIA A MEDIDA
- TRAJES DE UNIFORME

Riera Blanca, 19-21 / Tel. 240 50 06
BARCELONA-28

HOY...

SOLO PULSANDO
UN BOTON



el mejor servicio de

MINIBAR AUTOMATICO

VENDING CONDAL, S. A.

BARCELONA TELF. 339 84 00 Y 04



H. ICO, s.a.
Puerto Príncipe, 68
BARCELONA-27/Spain
Tel. (93) 349 12 12
Telex: 97788 ICOH E
Telegramas: Hispalco



FABRICA DE MATERIAL MEDICO Y DE PUERICULTURA

- Jeringas de Vidrio
- Jeringas para Dosis Unitarias
- Agujas Hipodérmicas
- Termómetros Clínicos
- Jeringas y Agujas Estériles
- Esfigmomanómetros
- Vendas Elásticas
- Biberones, Tetinas y Chupetes...
- Esterilizadores y Calentadores biberones
- Humidificador-Vaporizador
- Línea de Puericultura e Higiene
- Juegos Didácticos
- Calzado Formativo Infantil

Calidad * Confianza * Servicio

Materiales Aparatos para Cirugía y Especialidades

Representante exclusivo de:

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

JEAN MACE

Bertrán, 119 bajos - Teléfono (93) 247 32 22
BARCELONA - 6

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS

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

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en piezas 100 x 1

- Modelos cortados en: 10x10, 20x20, 25x25, 33x33, 50x50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20x20, 20x25, 20x40, 33x33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25x25, 40x40, 50x50, 40x60, 100x25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

**PRECIO - COMPRUEBE Y SERA
NUESTRO CLIENTE**

Nuestros lectores han recibido dos números seguidos, 179 y 180, de «Labor Hospitalaria», dedicados a los derechos del enfermo.

Este mismo material lo ofrecemos en un solo volumen y tapas diferentes, bajo el título

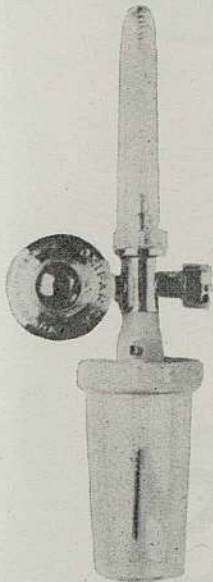
DERECHOS DEL ENFERMO

Creemos que es un buen servicio para los amigos e interesados en el tema.

Pueden pedirlo a la dirección de la Revista.

MEDIDORES DE CAUDAL

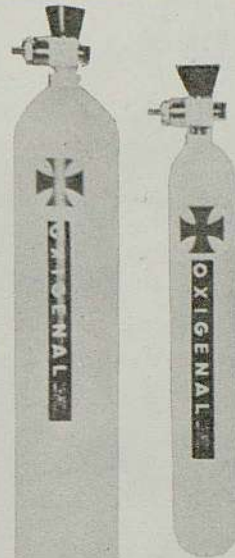
aplicación y medición de caudales de oxígeno



Caudalímetro Oxifar para acoplamiento a canalización de oxígeno.

CARACTERISTICAS GENERALES

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



Tipo BB 200 NI

OXIGENAL

la pequeña botella que salva una vida

DE UTILIDAD EN:

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

CARACTERISTICAS DE LOS APARATOS SERIE OXIGENAL

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

Tipo BB 1000 NI



LOXIFAR

respirador activo bifásico

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

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



OXIFAR

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

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



Más de dos siglos administrando su dinero.

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

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

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

Le invitamos a comprobarlo...

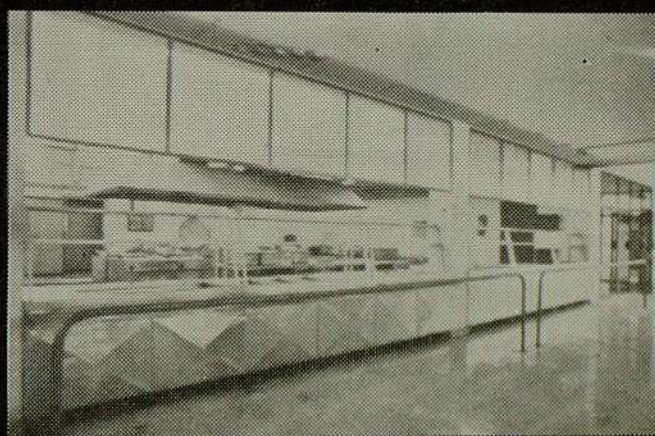
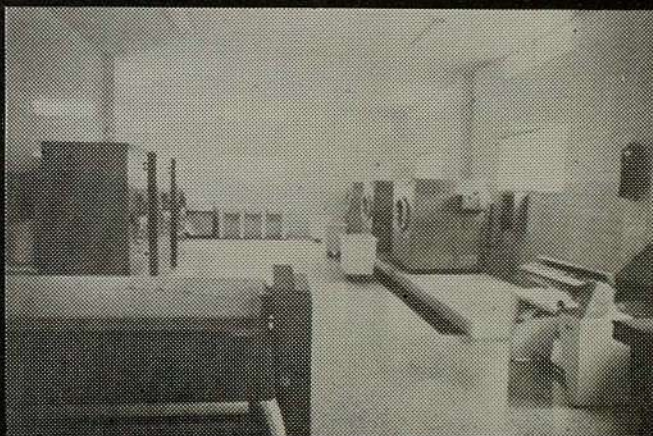


BANCA JOVER

Banqueros desde 1737

Fagor Industrial

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



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

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

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

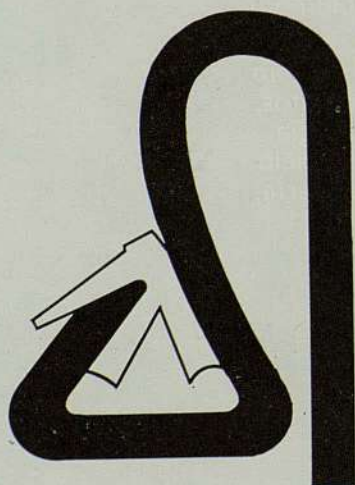
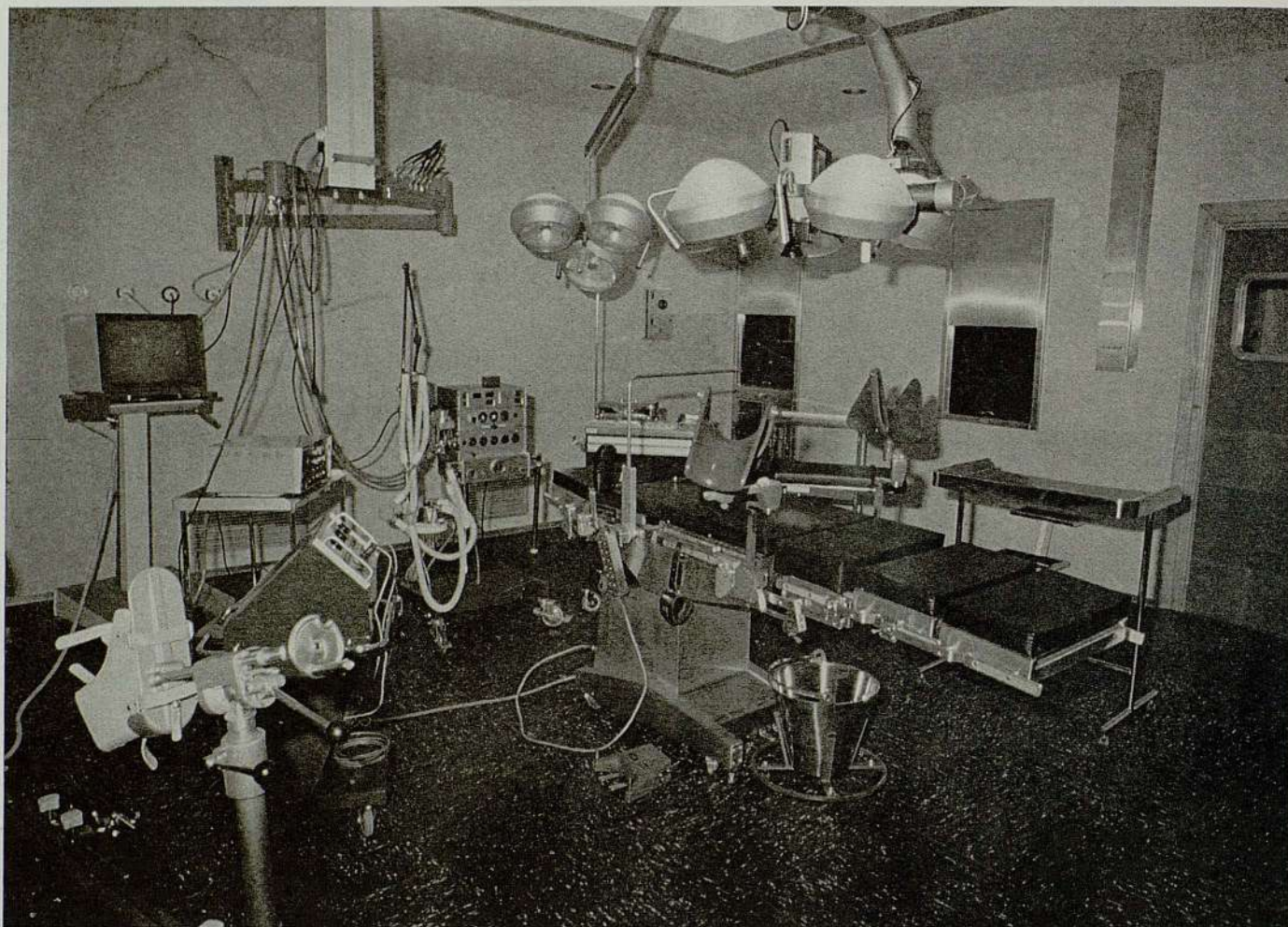


FAGOR INDUSTRIAL

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

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

Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE

San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04

Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE

Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24

MADRID-3

CANARIAS:

Luis Doreste Silva, 60. Telf. 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS

GEVAERT

AGFA-GEVAERT

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

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

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

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

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

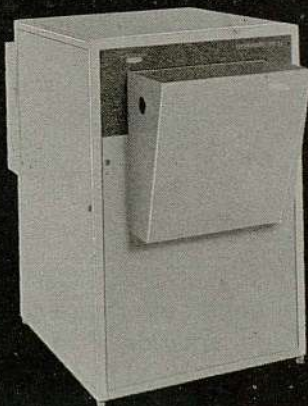
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

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

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

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

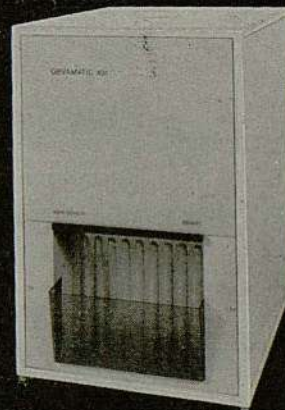
GEVAMATIC 110 U



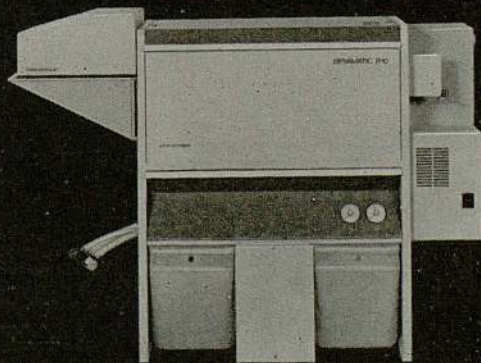
GEVAMATIC 240 U



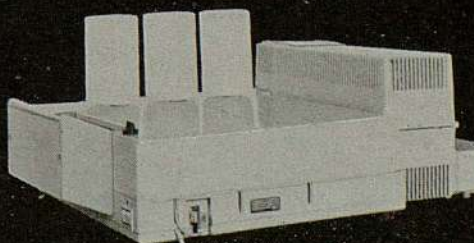
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



LIMPIEZA PROFILACTICA

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

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

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

- AREA DE PRESTACION:

Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

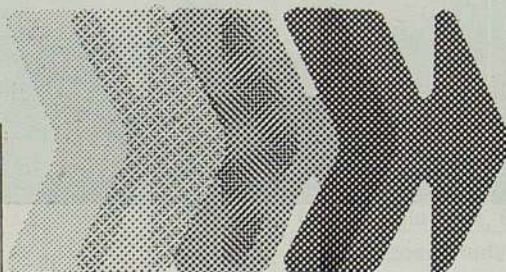
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



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



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

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