

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOSPITALARIA
PITIA
LABRIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 26. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1973
Número 149 Volumen V

Director

ANGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas, s/n
BARCELONA 17

Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

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

*PABLO VI HABLA A LA ASOCIACIÓN EUROPEA
DE MÉDICOS DE HOSPITALES* 104

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS 106
Por el padre PAULINO ALONSO, C. P.

*RELACIÓN PACIENTE ENFERMERA,
ENFERMERA PACIENTE* 112
Por el doctor MANUEL GUEVARA

*LA RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA
EN LOS PLANES DEL DESARROLLO* 116
Por AUGUSTO PUNCERNAU

*CENTROS HOSPITALARIOS
Y ASISTENCIA HOSPITALARIA* 124
Por RAMÓN FERRERÓ, O. H.

Por un hospital más humano

LA CONCIENCIA DEL MEDICO NUNCA PUEDE SEPARAR MEDICINA Y MORAL

*Jesús nunca se negó a tender la mano
a cualquier enfermo*



PABLO VI HABLA A LA ASOCIACION EUROPEA DE MEDICOS DE HOSPITALES

En la mañana del 28 de abril, el Papa recibió en la Sala del Consistorio a la presidencia y a los miembros de la Asociación Europea de Médicos de Hospitales, que celebraban en Roma una reunión de carácter científico. Representaban a 12 naciones y entre ellos estaba el profesor Mario Fontana, director de los Servicios Sanitarios de la Ciudad del Vaticano. El Presidente de la Asociación, profesor Weissl, dirigió al Santo Padre unas palabras de saludo, en las que dijo, entre otras cosas, lo siguiente: «Los médicos europeos, a quienes corresponde la grave responsabilidad del tratamiento del enfermo, se sienten unidos con Su Santidad y entre ellos por vínculos de la piedad y la nobleza de su tarea. Todos nosotros conocemos y valoramos la acción de servicio altruista que la Iglesia católica ha desarrollado junto al lecho de los enfermos. Los grandes médicos creadores de hospitales en los tiempos pasados se llaman San Camilo de Lellis y San Juan de Dios (1500). Con frecuencia hoy se pone en discusión la obvia vinculación de las responsabilidades del hombre con la jerarquía. Como consecuencia de ello, también nuestra categoría profesional se siente atraída por el torbellino de una política de nivelación. Nosotros podremos conservar nuestra posición de responsabilidad sólo a condición de desempeñar de un modo impecable y ejemplar nuestro trabajo por la salud de nuestros enfermos». Pablo VI respondió pronunciando en francés el siguiente discurso:

Queridos señores: Entre las numerosas visitas que recibimos durante estas fiestas pascuales, la vuestra suscita en nos un interés especial. Como médicos-jefes de hospitales y dirigentes de servicios hospitalarios debéis enfrentaros con unas tareas inmensas, con unos problemas humanos de gran complejidad e importancia para nuestra sociedad. Intentáis resolverlos lo mejor posible dentro de vuestra asociación europea. Ojalá estos intercambios y las reuniones de trabajo, como la que ahora celebráis, os proporcionen la información y el apoyo moral que necesitáis.

*EL HONOR
DE UNA CIVILIZACIÓN
AUTÉNTICAMENTE HUMANA*

Llevar a la práctica todos los medios de una medicina o de una cirugía en constante progreso, organizar la asistencia sanitaria para una afluencia considerable de pacientes, proporcionarles un ambiente que siga siendo humano, establecer y conservar relaciones personales con los enfermos, los asistentes, los empleados, todo esto constituye una misión que merece nues-

tros mayores elogios. Más allá de vuestras personas entrevemos a estas multitudes que vienen a buscar en vosotros curación, aliento, esperanza; nos hacen pensar en aquellas multitudes que suscitaban la profunda piedad de Cristo; como sabéis, nunca se negaba a tender la mano a cualquier enfermo (cf. Mt 9, 35-36). En nuestras grandes ciudades son zonas inmensas las que se confían hoy a vuestra vigilancia; qué preocupación para vosotros llevar el máximo de competencia y de humanidad a este mundo marcado por el sufrimiento, la incertidumbre, el miedo, privado del ambiente habitual de su vida y de su actividad. Deseamos que, ante una responsabilidad tan grande, encontréis siempre la comprensión y el apoyo de toda la sociedad. Está en juego el honor de una civilización verdaderamente humana.

Vuestra responsabilidad es tanto más delicada cuanto que vuestra conciencia no puede separar medicina y moral. Una y otra persiguen el mismo fin: el bien del hombre. Sus métodos son análogos: por una parte, hacer que los miembros o las funciones orgánicas vuelvan a funcionar perfectamente en beneficio de todo el cuerpo; por otra, conseguir que la inteligencia y la voluntad del hombre sean capaces de responder a su dignidad, a su destino, a las leyes inscritas por el Creador en su naturaleza de ser espiritual y social.

LOS DERECHOS PERSONALES DEL PACIENTE

Sin embargo, no ignoramos que los casos que se os presentan os sumen a veces en cruel perplejidad, como si surgiese una oposición entre su solución humana y los principios morales. Nuestro predecesor Pío XII iluminó más de una vez este problema ante grupos de especialistas. En este aspecto, las tentaciones pueden venir de tres partes.

El progreso de la ciencia médica, y por consiguiente el interés de la sociedad presente y futura, exige que llevéis a cabo experimentos, experiencias nuevas, y vuestros hospitales pueden prestarse a ello estupendamente; sin embargo, debéis conciliar la legítima e indispensable investigación con los derechos personales del paciente, que no puede ser sacrificado como si se tratase sólo de una parte de la humanidad subordinada al bien del conjunto.

Por otro lado, a veces es el mismo enfermo quien, impulsado por un gran dolor o por una situación difícil, solicita de vosotros una intervención o un remedio cuyo procedimiento o cuyo efecto supera el poder que el hombre posee sobre su propio cuerpo, o sobre sus facultades, o más aún sobre el fruto de la procreación o sobre sus semejantes. En este terreno necesitáis una sabiduría y un valor poco frecuentes para seguir actuando en conformidad con vuestra conciencia, iluminada por los principios de la verdadera ética y de la fe, y conducir a quien se confía a vuestros consejos y a vuestro poder hacia una solución más auténticamente humana y respetuosa de su recta conciencia y de las normas imprescriptibles de la moral.

LAS LEYES DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

Por último, la misma ley civil puede dar paso a intervenciones en contradicción con vuestras convicciones profundas y con las leyes de la deontología médica, que son vuestro honor. Lo legal no es por sí mismo moral; la sociedad nunca podrá consideraros como ejecutores técnicos, ni descargaros de la responsabilidad de vuestras acciones y de vuestros actos.

Ojalá sigáis persuadidos y consigáis convencer a vuestros contemporáneos de que las exigencias morales lejos de ser un freno son un estímulo para el único progreso digno del hombre. Los que comparten nuestra fe sabrán encontrar en el misterio de la pasión y de la resurrección del Salvador las gracias de luz y fuerza necesarias para afrontar su pesada responsabilidad. Tal es nuestro deseo. La Iglesia os estima, la Iglesia os anima en vuestra difícil misión, tan preciosa para vuestros hermanos de la humanidad sufriente. De todo corazón pedimos al Señor que os asista y os bendiga, junto con vuestros seres queridos.

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS (VII)

Revisión Litúrgico-Pastoral del Sacramento de la Unción: los efectos¹

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

El tema de los efectos del Sacramento de la Unción es de tanta importancia como el del destinatario. En cambio, lo vamos a observar inmediatamente, es notablemente más oscuro y misterioso.

Los efectos del Sacramento de la Unción encierran, además, una problemática delicada por la noción misma de la Unción y por la comprensión de los mismos por parte nuestra.

Buscando en toda la evolución histórica el punto clave en el que convergen con referencia necesaria, los efectos del Sacramento, hemos de constatar que no se da otro que la enfermedad.

Ya lo anotan las indicaciones del Antiguo Testamento. Toda duda desaparece al analizar el texto de Santiago

sobre la Unción. Se confirma por la continua realización efectuada en la vida de la Iglesia de Cristo. Aparece, por lo demás, evidente, en la exposición del destinatario.

Pero la cuestión se problematiza agudamente cuando nos preguntamos qué relaciones existen entre la enfermedad y el Sacramento de la Unción. Todavía no está agotado el planteamiento. La enfermedad reside en una persona y consiguientemente, hablando con más exactitud, se trata de conocer las relaciones existentes entre un enfermo y el Sacramento de la Unción. De esta manera los efectos del Sacramento dicen relación directa no a la enfermedad, sino a la persona enferma. Volveremos más detenidamente sobre este particular.

¹ Ponemos en conocimiento del lector algunas publicaciones recientes sobre el Sacramento de la Unción que más directamente se refieren a los efectos del Sacramento.

FARNES, Pere: Los textos Eucológicos del Nuevo Ritual de la Unción de los enfermos, en: *Phase*, XIII (1973) 143-155.

RAMOS, Manuel, S. I.: Boletín bibliográfico sobre la Unción de los enfermos, *Ibid.*, 157-172.

GY, Pierre-Marie: Le nouveau Rituel Romain des malades, en: *La Maison-Dieu*, 113 (1973) 29-49.

DIDIER, Jean-Charles: L'Onction des malades dans la Théologie contemporaine, en: *La Maison-Dieu*, *ibid.*, pp. 57-80.

DIDIER, Jean-Charles: L'Onction des malades. Bibliographie sélective, en: *Ibid.*, pp. 81-85.

EL EFECTO DE LA CURACIÓN CORPORAL²

EL CONTENIDO DE LA TRADICIÓN

Aunque de la manera más concisa posible hemos de sintetizar lo que nos ha transmitido el pasado sobre el

² ALSZEGHY, Zoltan, S. I.: L'effetto corporale dell'Estrema Unzione, en: *Gregorianum*, XXXVIII (1957) 385-405.

efecto de la curación de la enfermedad corporal con sus constantes y evolución para que nuestra reflexión-revisión se afiance en sólida consistencia de lo que la tradición nos ha comunicado como esencial y válido.

El Apóstol Santiago, cuyo texto (5, 14-15), según el Concilio de Trento, promulga el Sacramento, habla en dos momentos de *enfermo*. Refiriéndose a los efectos que la Unción realiza en este enfermo, enumera fundamentalmente tres: curación corporal, el perdón de los pecados y el alivio, sin especificación alguna.

Se podrían poner dos si consideramos sinónimos la curación y el alivio. Veremos que carece de fundamentación. La curación corporal y el perdón son secundarios y condicionados. En cambio es principal y siempre se realiza, en condiciones normales, el alivio o consuelo. Los tres son indicados en la fórmula del nuevo Ritual, recientemente publicado.

El Sacramento de la Unción es un remedio y, ante todo, un remedio orientado a la curación corporal. Así ha de entenderse la frase de Santiago: «la oración de la fe salvará al enfermo, el Señor hará que se levante» (5, 15).

Así lo ha entendido la tradición. Los siglos IV-VI constituyen la época áurea de la proclamación del efecto corporal del Sacramento de la Unción. Y, además, de manera casi exclusiva porque aún la Iglesia no había tomado conciencia clara de los otros efectos, sobre todo de la remisión de los pecados para lo que contaba con el Sacramento de la Penitencia.

Se llega a presentar la Unción como una medicina cristiana. La conciencia del Sacramento, que no se perderá nunca, está mezclada con otros conceptos todavía humanos e, incluso, paganos. Lo que no hay género de duda es su referencia o relación a la curación de la enfermedad como efecto que se produce allí donde se encuentra.

Una de las razones por la que este Sacramento se ha dejado hasta los últimos instantes ha sido precisamente porque los teólogos de los siglos XII-XIII relegaron en la penumbra el efecto corporal de la Unción de los enfermos. En estos siglos se efectuó una ruptura entre la práctica en lo que al efecto corporal se refiere y la mentalización teológica.

La idea de estos teólogos es que el efecto de un Sacramento no puede ser más que espiritual por lo que le dieron la orientación esencial como un remedio contra el pecado, complemento del Sacramento de la Penitencia, para una buena muerte.

El Concilio de Trento, después de una larga discusión, ratificó el efecto corporal, si bien de manera general, porque estaba preocupado por otras cuestiones. Los teólogos de Trento, ante la afirmación de que el Sacramento de la Unción no producía la gracia, insistieron fuertemente sobre este punto, apelando a la enseñanza escolástica, para encontrar las pruebas necesarias.

«Si alguno dice que la Unción sagrada que se da a los enfermos no confiere la gracia, no quita los pecados,

no alivia a los enfermos, sino que ha dejado de existir, no habiendo sido en otro tiempo más que una gracia de curación, sea anatema».

A nosotros, en este momento, nos interesa destacar la frase «aliviar a los enfermos» que ha de entenderse también corporalmente ya que no quisieron añadir expresamente la palabra «espiritualmente» para no proponer un sentido restrictivo. Por lo demás la condicional «a veces, cuando conviene a la salud del alma» y la constatación de que se destacan los efectos espirituales, no es difícil advertir que el efecto corporal queda en un segundo plano.

INTENTO DE CLARIFICACIÓN DEL EFECTO CURATIVO DE LA UCIÓN

Algunos autores lo explican como un efecto mediato, que se realiza en la medida en que la salud sea conveniente para la salvación, consecuencia del efecto principal espiritual, por una cierta repercusión de lo moral en lo físico.

Con todo no es un efecto natural de orden puramente psicológico, ni entra dentro del orden de los milagros ni es un remedio mágico que produce la curación, pues hay que reconocerle un efecto auténticamente sacramental, es decir sobrenatural.

Efecto ciertamente real, pero eventual, contingente, incluso secundario y condicional, porque está en función de la vida espiritual y en servicio de ella: la salud del cuerpo, sí, pero en cuanto importa para la salvación de la persona. Tanto más que no es el único efecto del Sacramento. Recordemos que las investigaciones de teólogos e historiadores nos llevan a la conclusión que nunca fue considerado el efecto corporal como el único producido por la Unción.

La intención de quien lo da y de quien lo recibe nos lleva a una conclusión práctica: el sacerdote debe administrar este sacramento a los enfermos con la intención de curarles, lo mismo que de santificarles, siempre y cuando lo haga en condiciones que lo permitan.

Por eso es muy importante pastoralmente que el Sacramento sea dado en unas condiciones tales que la intervención de curar al enfermo posea un sentido, sin estar pensando en una intervención milagrosa de Dios.

El enfermo debe estar preparado para recibirlo de tal modo que no se oponga ningún obstáculo a su eficacia en este terreno. Por estas razones este Sacramento ha de ser quitado del contexto de los «últimos Sacramentos» en donde había sido colocado de manera injusta.

REVALORIZACIÓN DEL EFECTO CORPORAL

Hay que reconocer, con todo, que nos hubiera gustado una explicación más clara del magisterio eclesástico

sobre la existencia y modo de aplicación del efecto corporal del Sacramento de la Unción. Se pide actualmente un planteamiento radical que lleve consigo una revisión profunda de todo lo relativo al problema del efecto corporal y, en último término, del sentido mismo del Sacramento de la Unción.

Por eso estas reflexiones han de moverse más bien en el binomio Historia-Teología, y el esfuerzo de revalorización está encauzado a revisar la consideración de los efectos de la Unción en un ámbito fundamentalmente espiritual para conocer mejor el efecto corporal del Sacramento.

Un paso importante en este aspecto lo ha dado la Constitución Apostólica «Sanctam Unctionem» al introducir en la fórmula sacramental el texto: «te salve y te alivie por su benignidad». Siguiendo el sentido de la tradición dado al verbo *aliviar*, se incluye el efecto corporal en el mismo momento del acto sacramental, por una parte de manera suficiente y por otra en lo que era posible a partir de la explicación aceptada comúnmente por la tradición de la Iglesia. El Sacramento de la Unción es un remedio tanto para el alma como para el cuerpo.

El Ritual antiguo afirmaba claramente que era «un remedio celestial, saludable no solo para el alma, sino igualmente para el cuerpo» y las oraciones que acompañaban el rito pedían la restauración del cuerpo, su curación para volver al seno de su familia y a los trabajos de su profesión.

En las reformas de la bendición del óleo se expresa claramente el efecto corporal en la bendición de dicho óleo, para que la unción hecha con él, dé la salud y alivie el sufrimiento.

Más explícita es la monición del nuevo Ritual: «pidámosle —a Cristo— que lo —enfermo— alivie en sus sufrimientos y que le devuelva la salud». Idéntica petición se formula en las letanías: aliviar los sufrimientos, dar, conceder vida, salud y fuerza a los miembros debilitados.

Además una parte de la línea teológica moderna se orienta o mejor intenta la revalorización de efecto corporal. Se destaca el efecto corporal ya que en los últimos siglos se le ha tenido en la penumbra porque tiene, sobre todo para los escritores de lengua francesa, tanta importancia como los otros.

Algo difícil, sobre todo si se quiere volver a la misma concepción del primer milenio cristiano que esperaba de la Unción de los enfermos un beneficio corporal, con más o menos eficacia que el espiritual, es decir, pretendía en todos los casos —no se habla de condiciones— y en virtud del Sacramento, una ayuda para el cuerpo, no pensándose en la mediación de un estado espiritual psicológico.

Si en el Sacramento de la Unción se ve solamente la curación de la enfermedad corporal, se ofrecería en este caso una explicación desvirtuada y deficiente de los efectos del Sacramento de la Unción.

LO QUE SIGNIFICA ESTE EFECTO CORPORAL EN EL CONJUNTO DEL SACRAMENTO

Todo da a entender que la revalorización del efecto corporal sin más no parece imponerse, lo cual no significa que se haya de suprimir toda dimensión de curación corporal.

La preocupación actual se cifra en conseguir una síntesis y armonía entre lo que se practicaba en los primeros siglos y la sucesiva reflexión de los escolásticos, promulgación del Concilio de Trento e, incluso, del Vaticano II.

Se presta atención primordialmente a la unidad del hombre, hecho de cuerpo y de alma. Se destaca la necesidad de un equilibrio que reposa en la salud del cuerpo y en la virtud del alma, porque alma y cuerpo se influyen mutuamente formando un todo único. Existe la enfermedad, pero, sobre todo, existe el enfermo que es algo más profundo y radical.

El Sacramento, imitando a Cristo, concurre a la liberación de todo el hombre con vistas a una salvación integral. Sólo una concepción antropológica dualista, que no es cristiana, aunque tantas consecuencias inexactas y nocivas ha tenido para el cristianismo, minimizaría el efecto corporal del Sacramento, si bien y aparentemente, todo da a entender que lo exalta y revaloriza.

Una de las desviaciones de la teoría dualista ha sido la espiritualidad del desprecio del cuerpo, considerándolo enemigo de la santidad, que impedía al alma su completa realización, como si sólo en ésta residiera la perfección y no en toda la persona.

En la actualidad se ha revalorizado la persona en su conjunto de tal manera que las relaciones entre el alma y el cuerpo son tan estrechas que las interferencias son constantes. Es exactamente nuestro caso: la enfermedad que tiene su ubicación en la parte corporal del hombre, pasa a situar en estado de enfermo a toda la persona.

Teológicamente lo ambientábamos en páginas anteriores³ al indicar la acción salvadora de Cristo sobre todo el hombre. La actuación de los sacramentos sobre las exigencias vitales de la persona es una confirmación de este punto de vista en su aplicación concreta al Sacramento de la Unción.

EL EFECTO DEL PERDÓN DE LOS PECADOS

EL CONTENIDO DE LA TRADICIÓN SOBRE EL EFECTO DE LA REMISIÓN DE LAS CULPAS

El Apóstol Santiago (5, 15) afirma «si ha cometido pecados, le serán perdonados». Este efecto ha ido ganando terreno, a la inversa del efecto de curación corporal, imponiéndose cada vez más claramente. En los siglos XII-XIII es destacado por la reflexión teológica.

³ LABOR HOSPITALARIA, 1972, pp. 81-85.

Admitida la estrecha relación entre enfermedad y pecado, los dos extremos, que se unen en el enfermo, tienen significación particular.

La inclinación al pecado se impone con mayor fuerza a quien, además, se encuentra debilitado por la enfermedad grave. La enfermedad grave es más pesada e insostenible para el hombre a quien ha debilitado el pecado. El pecado ha desorganizado el señorío del alma sobre el cuerpo y el cuerpo enfermo, castigado por la enfermedad, pesa más.

Este efecto ha sido considerado como el propio del Sacramento cuya finalidad sería la curación de la debilidad espiritual del enfermo originada por el pecado.

La conciencia de esta relación entre pecado y enfermedad ha tenido tal importancia en la Iglesia que los cristianos se inclinaron a identificar enfermedad y pecado, reaccionando para con una como para con otro recurriendo a la medicina de la Iglesia.

Recordemos que la Unción acompañaba a la Penitencia Sacramental, considerándose efectivamente como su complemento hasta llegar a suplirla cuando la enfermedad hacía imposible la reconciliación por medio del Sacramento del perdón.

Con la elección deliberada de los órganos de los sentidos y la fórmula usada: «por esta santa unción y su bondadosa misericordia te perdone el Señor todos los pecados que has cometido con la vista, etc.», el Sacramento de los enfermos quedó prácticamente dominado por este aspecto penitencial. Los teólogos lo definirán «un remedio espiritual contra el pecado», destinado a «curar la enfermedad del pecado». Es confirmado por los textos litúrgicos que unen en las oraciones pecado y enfermedad.

Ante todo se da la remisión de los pecados veniales. Nada de particular porque la Unción está en la misma situación que cualquier otro Sacramento de vivos, e, incluso, de cualquier obra buena.

Otra explicación quiere ver la prolongación y culminación de la obra del Sacramento de la Penitencia en una purificación y una curación más perfecta del alma por la desaparición de los restos del pecado, que dejan como una cicatriz, incluso después de haber sido perdonados.

Remediaría estos «restos del pecado»: debilidad, menos aptitud para el bien, menos resistencia ante el mal en lucha con dificultades crecientes, esa debilidad espiritual que se sitúa en la zona de las facultades, de las aptitudes y de las inclinaciones al bien.

Hay quien opina que es remitida, además, al enfermo, la pena temporal debida por sus caídas. Por lo menos, en cierta medida ya que el Sacramento se propone responder a todas las deficiencias espirituales del enfermo.

En el caso de un enfermo en estado de pecado grave que no haya podido obtener su perdón por el Sacramento de la Penitencia ni por un acto de contrición perfecta y que se halla privado de los sentidos, por la Unción de los enfermos alcanzará, a título ocasional, la reconciliación.

Así lo reconoce la práctica de la Iglesia y así se ha entendido el texto del Apóstol Santiago.

REVALORIZACIÓN DEL EFECTO DEL PERDÓN DE LOS PECADOS

Por otra parte el aspecto de que el Sacramento de la Unción es un Sacramento de vivos es muy importante. Así lo ha venido afirmando la tradición desde Inocencio I (401-417) hasta nuestros rituales que suponen la previa recepción del Sacramento de la Penitencia.

Desde esta perspectiva la explicación que, en su época de apogeo, proponía la remisión final de los pecados veniales como preparación para entrar en la gloria inmediatamente después de la muerte, ha de matizarse porque de lo contrario corre el peligro de convertir el Sacramento de la Unción en el Sacramento de los enfermos en peligro de muerte, que quieren obtener el perdón de sus pecados.

La condición puesta ya por el Apóstol nos asegura, revisando por tanto posiciones exageradas de la tradición, que la Unción no se dirige como fin directo por medio del perdón de los pecados a restaurar primariamente la comunión con Dios y con los demás. Si tiene poder de reconciliar al enfermo con Dios es con vistas al mantenimiento y a la consolidación de la comunión con Dios y los demás.

La pastoral de la Unción de los enfermos tiene por objeto hacer que, por un lado, puedan los enfermos vivir evangélicamente la situación patológica en que se encuentran y, por otro, la comunidad hace real su solidaridad para con sus miembros en estado de enfermedad.

El sacerdote es el ministro que, representando o presidiendo la comunidad creyente, y en nombre de Cristo y de su acción salvadora, invoca al Padre para que devuelva la salud completa al enfermo curándole de sus dolencias físicas y perdonándole sus pecados.

A nuestro parecer el efecto del perdón de los pecados adquiere claridad y objetividad en este contexto, más general si se quiere, pero más central e íntimo al Sacramento de la Unción.

EL EFECTO DE «ALIVIO»

Los dos efectos anteriores, por ser condicionados no se producen siempre. La salud es dada al enfermo, según el Concilio de Trento, cuando conviene para la salvación del alma. Y respecto al pecado, según el Apóstol Santiago «si el enfermo se halla en estado de pecado, recibirá el perdón» (5, 15).

Para que la eficacia del Sacramento esté asegurada hace falta, pues, que ésta supere los dos efectos condicionales y buscar lo que es menos visible pero más fundamental y seguro.

Podríamos decir que las dos posiciones: la tradición de los primeros siglos y la reflexión teológica posterior, confirmada por el Concilio de Trento, son igualmente válidas. Por eso nos toca a nosotros con todos estos datos alcanzar una síntesis rechazando toda idea exclusivista. Cada vez se ve con más claridad que los efectos estudiados han de ser incorporados en este del alivio algo así como las distintas partes de un todo.

El consuelo espiritual es una gracia muy rica y completa que acaso incorpora los otros dos efectos, pero que ciertamente los supera. El efecto del perdón de los pecados o mejor del resto del pecado, es efecto negativo. Es una concepción más pobre al no hablar de los efectos positivos, de riquezas, de donación.

Tomada la enfermedad en sí misma como una prueba, si se quiere preferentemente, de orden físico, lo síquico y moral de esta persona enferma corren el peligro de hundirse: impaciencia, desaliento, disgusto, desesperación, egoísmo, desorden, amargura, dureza, el asalto del demonio.

La Unción es una gracia para el tiempo de la enfermedad en cualquier eventualidad o virtualidad. Es un Sacramento destinado a dar a los enfermos las gracias convenientes a su estado.

El nuevo Ritual pide directamente en varias oraciones letánicas: mitigación de las angustias, liberación de toda tentación confortación en su prostración, fortalecimiento en su debilidad.

Por eso la Iglesia no concede la Unción de los enfermos a los que se enfrentan con la muerte sin estar enfermos, aunque la perspectiva sea cierta y próxima.

En esta unión sacramental como dice Santiago «uniéndole con el óleo, en el nombre del Señor» (5, 14), Cristo es contemplado como «el Señor paciente y glorificado».⁴

Es la doble vertiente que la enfermedad encierra en sí misma. El Sacramento manifiesta y hace presentes los dos aspectos de la Pascua en un doble efecto paradójico, aunque solo aparentemente: evitar la muerte, y, al mismo tiempo, facilitar la muerte.

Nos sumerge en la Pasión y Muerte de Cristo y nos hace semejantes a Cristo doliente. «Supuesto que padezcamos con Él para con Él ser glorificados» (Rom 8, 17).

NATURALEZA DE ESTA GRACIA

Según la descripción que nos ofrece el Concilio Tridentino el Sacramento de la Unción y su correspondiente rito operan la salvación de los cristianos por la *gracia del Espíritu Santo*, especificada por el rito de la Unción del óleo que la figura y la significa.

La nueva fórmula sacramental, lo ha expresado con tal claridad que no se puede pedir mayor: «Te ayude,

el Señor, con la gracia del Espíritu Santo», que, según la oración del ritual romano, se pide descienda sobre «la ubérrima substancia del aceite».

Más exactamente el óleo está indicando por medio del simbolismo, sus virtudes medicinales y sus propiedades: dulzura, penetración, bienestar, alivio del dolor, etcétera. El Sacramento actúa como un remedio, según el simbolismo sacramental del aceite fundamentado en la Palabra de Dios (Mt 6, 12-13; Sant 5, 14-15).

Es una gracia del Espíritu Santo que por medio de la Unción alivia y robustece al enfermo. Recibe éste una inteligencia sobrenatural de la prueba y se le da fuerza que le permite dominarla. Es como una consagración cristiana del estado de enfermedad uniéndose a la Pasión de Cristo. Juntamente se le da la gracia sacramental que necesita.

Si por la enfermedad participa de la Muerte de Cristo, se le concede la gracia de ver que sus dolores, unidos a los de Cristo, son realmente eficaces para la salvación del mundo. Por medio de la Unción la Iglesia inserta a los miembros gravemente enfermos en el misterio pasional de Cristo configurándoles con Él, victorioso de la enfermedad y de la muerte. Es éste el lenguaje que usa el Concilio Vaticano II⁵ al indicarnos que «la Iglesia exhorta a los enfermos a asociarse voluntariamente a la Pasión y Muerte de Cristo, contribuyendo así al bien del Pueblo de Dios».

La gracia del Sacramento actúa santificando al enfermo, ya para la vida, ya para la muerte, según el texto de San Pablo (Rom 14, 7-8):

«Porque ninguno de nosotros vive para sí mismo; como tampoco muere nadie para sí mismo. Si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, para el Señor morimos. Así que, ya vivamos ya muramos, del Señor somos».

Por eso se dan autores, con los que estamos de acuerdo a condición de que no nieguen el dinamismo interno del Sacramento, que defienden sin más como efecto de la Unción: la santificación del estado de enfermedad, quedando en segundo lugar lo mismo la preparación para la muerte, que la curación de la enfermedad corporal.

Descendiendo a una descripción más detallada se puede decir que suscita en el enfermo una gran confianza en la misericordia de Dios para que se abandone, lleno de esperanza, en el Señor.

Es sostenido y soporta más fácilmente las pruebas y los sufrimientos de la enfermedad: la calma y la paz se apoderan de su alma. Resiste más desahogadamente las tentaciones del demonio. Alcanza el desapego y la libertad espiritual quitando margen al demonio para la tentación.

⁴ LG. 11.

⁵ LG. 11.

Algunos teólogos, Bourassa por ejemplo⁶ exponen su pensamiento diciendo que es un confortamiento del cristiano y curación de su enfermedad corporal en vistas a la salud del alma y del cuerpo. De esta manera todo, en particular la curación de la enfermedad corporal, no la curación corporal, tiene una visión orgánica y está en función del todo: el hombre completo.

Se pueden dar curaciones y mejorías. Pero sobre todo no sorprende que se obren conmovedoras transformaciones espirituales, adquiriendo el enfermo una serenidad y una calma admirables.

También tiene sus razones válidas no entender el texto de Santiago como la enumeración de tres efectos, uno corporal, otro psíquico y otro sobrenatural, espiritual. Acaso hable más bien de un efecto global e impreciso.

A MODO DE CONCLUSIÓN: REPLANTEAMIENTO PASTORAL

Todas estas reinterpretaciones están pidiendo una revisión pastoral del Sacramento de la Unción. Nos están descubriendo una nueva atmósfera global dentro del cuadro soteriológico del misterio redentor, en la que deberían desaparecer determinadas normas restrictivas desde el momento que lo importante y esencial es el encuentro salvífico del enfermo con Cristo en el marco comunitario eclesial, en donde este encuentro salvífico del enfermo con Cristo se vive y se desarrolla.

Este Sacramento no tiene una acción que se dirige directamente al cuerpo y otra, al alma. Los efectos de

⁶ Véase Phase, n. c. p. 165.

la Unción repercuten directamente sobre la persona en cuanto tal.

Se trata de un fortalecimiento de la persona entera en un momento que siente particular necesidad: la enfermedad, que actúa sobre el enfermo debilitándole e impidiendo a su voluntad tomar decisiones intensas y eficaces.

Acaso el puesto de partida haya de ponerse en la enfermedad en cuanto tal, pero no como un mero fenómeno clínico, sino en su sentido antropológico-soteriológico, a la luz de la revelación. Subjetiva y aun objetivamente, la enfermedad es un desorden del ser. La Unción de los enfermos es un encuentro con Cristo, en el momento de crisis soteriológica de una enfermedad.

Por eso son de la máxima importancia los estudios de la salud y enfermedad como fenómenos humanos de la persona a la que afectan tan profunda e íntimamente.

No es necesario llegar a considerar la Unción como una «consagración de la enfermedad» y menos aún como una consagración de la muerte». La significación y el dinamismo sacramental son medicinales no consecratorios.

Explicando esta idea de otra manera se podría expresar diciendo que la Unción aporta al enfermo el mantenimiento y consolidación de su comunión con Dios,⁷ superando, no necesariamente suprimiendo, las dificultades físicas y morales causadas por la enfermedad en la persona, quien como sujeto receptor da unidad a los efectos del Sacramento de la Unción de los enfermos.

⁷ Algunas de estas ideas están entresacadas del artículo del P. Ramos publicado en Phase citado al principio de la exposición, pp. 167-68.

LA RELACION PACIENTE-ENFERMERA ENFERMERA-PACIENTE

Por el doctor MANUEL GUEVARA
Tlalpan, México

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN DEL MÉDICO CON EL ENFERMO

Se ha estudiado mucho la relación del médico con el enfermo, especialmente en el terreno de la psiquiatría por la importancia que tiene el establecer un buen contacto para el mejor resultado de la psicoterapia que seguirá. También se toma muy en cuenta esta relación, para obtener mejor los datos de anamnesis, o más bien biográficos del paciente y sobre todo para lograr que se establezca una situación que favorezca el buen manejo del enfermo.

Podemos decir, que no sólo con los enfermos psiquiátricos es importante la relación médico-enfermo, pues es el valor afectivo de dicha relación, lo que cuenta. Así se establece una liga emocional entre el paciente y el médico aun en los enfermos orgánicos, que como en todos los casos tienen un elemento emocional y sobre este elemento va a influir en un sentido positivo o negativo la relación que estamos hablando.

Ahora vamos a considerar esta relación no entre el médico y el paciente, sino entre la enfermera y el enfermo.

RELACIÓN ENTRE ENFERMERA Y ENFERMO

La enfermera convive con el enfermo en una forma más estrecha que el médico y por lo tanto su papel emocional afectivo, en las relaciones con el enfermo es de una importancia particular. ¿No conocen ustedes casos o no los vieron en las películas de antaño, (cuando todavía eran decentes) en que el enfermo y la enfermera se enamoran y se casan? Pues bien, esto sería una relación afectiva, elevada a una transferencia emocional permanente.

Cuando hablo de la enfermera, quiero decir también del enfermero, aunque en la práctica general siempre son enfermeras quienes atienden a ambos sexos. Hay que señalar muy especialmente a los enfermeros en la atención de los enfermos psiquiátricos, asunto que a nosotros nos interesa muy especialmente, por dedicarnos a esta especialidad.

La enfermera toma de inmediato al enfermo bajo su cuidado, ya sea que el enfermo permanezca en su domicilio con su familia, o que esté en el hospital. Aquí puede haber algún familiar o encontrarse solo. Esto último ocurre necesariamente, en el período de recuperación postoperatoria, en las urgencias o tratamientos intensivos, o bien en los casos en que es preciso el aislamiento; esto último es casi de rigor en los casos psiquiátricos.

El primer contacto de la enfermera con el enfermo puede tener gran importancia. Las relaciones que se establezcan dependen por una parte de la situación emocional del enfermo en ese momento y de su personalidad, y por otro lado de la actitud de la enfermera, de su estado emocional y de su preparación profesional y de su calidad moral.

CONOCER LAS REACCIONES DE LOS ENFERMOS

Por parte del enfermo: necesitamos conocer las reacciones emocionales que pueden manifestar en los distintos casos, para que la enfermera esté preparada a enfrentarse a la situación correspondiente. Si nos ponemos en el caso de un enfermo que va a ser operado, que es lo cotidiano para las enfermeras de servicios quirúrgicos, van ustedes a observar que lo más frecuente es que el enfermo tenga miedo; unas veces lo dice claramente, otras lo expresa en su rostro, en su actitud, en sus preguntas, esto puede llegar a la ansiedad o angustia.

CONFORTAR, ASEGURAR, TRANQUILIZAR AL PACIENTE

Ya el médico o su ayudante tienen que haberlo advertido y habrán ordenado una premedicación tranquilizadora, junto con algunas frases confortantes que unos cirujanos saben decir mejor que otros, pues se dan casos de cirujanos algo bruscos o que no tienen el don

de psicoterapeuta, que cortan la comunicación con el enfermo o se enfadan y *no pierden su tiempo dialogando con el enfermo*. Aquí la enfermera, sin invadir el área profesional del médico puede confortar, asegurar, tranquilizar al paciente y a veces sólo con su sonrisa, su tono de voz y sus maneras, logra una sedación de su ansiedad, aun en los casos en que el enfermo no quiere dar a conocer su temor; si la enfermera lo adivina, no debe decírselo, pero su actuación dará la tranquilidad que el enfermo está deseando inconscientemente. Si se sabe que el enfermo es creyente y ha recibido o puede recibir los sacramentos, la enfermera debe tener cuidado de no poner cara larga, de no expresar de ninguna manera una exageración del riesgo de la operación. Por otro lado una actitud maternal que es muy común que se desarrolle en la enfermera, será útil en el enfermo deprimido y temeroso; pero quizá provoque una reacción molesta y aun de rechazo en ciertos enfermos por sus vivencias inconscientes y esto puede desconcertar a la enfermera haciéndola menos amable porque no se explica esa reacción emocional de su enfermo.

LO QUE DEBE EVITAR LA ENFERMERA

En el postoperatorio, cuando el enfermo vuelve a tener conciencia, también se requiere de una actitud comprensiva, amable y dulce sin exageración y con pocas palabras para no excitar el cerebro del enfermo todavía alterado por los anestésicos y el shock quirúrgico. Así podemos considerar la relación de la enfermera en los distintos cuadros patológicos que presentarán los enfermos a su cuidado. Debe estar alerta desde el primer contacto con el paciente para valorar la personalidad de éste y su estado emocional del momento. No todos los casos serán iguales, ni en todos los casos convendrá que la enfermera se relacione de la misma manera. Por ejemplo: una enfermera que se presenta bromeando, hablando fuerte ante un enfermo deprimido, introvertido, cuyo estado mental no se armoniza con esas expansiones, tal vez se sienta molesto, no tendrá una buena relación (o rapport) con la enfermera. Hay que mencionar los casos de algunas enfermeras mal humoradas, que llegan a arreglar al enfermo hablando con cierta dureza, u ordenando con alguna brusquedad, lo que provoca un sentimiento de rechazo por el enfermo. Ya hubo un mal principio, un mal rapport con el paciente. Desgraciadamente esto se encuentra con cierta frecuencia en instituciones oficiales, con muy honrosas excepciones. Hay hospitales como el Instituto Nacional de la Nutrición, en donde el trato de las enfermeras se distingue por su acierto y su afabilidad y por todo eso que nosotros deberíamos tener escrito con una palabra frente a nosotros siempre: Caridad. Caridad bien entendida y mejor actuada, sin hipocresías, sin falsas apariencias.

SABER ESCUCHAR Y TENER PACIENCIA

Lo más aconsejable para una enfermera al iniciar su trato con un enfermo es tomar la actitud que es básica en toda psicoterapia y que se reduce a dos principios: saber escuchar y tener paciencia.

Siempre he dicho que el médico hace psicoterapia aun sin darse cuenta de que la hace, como el personaje de Molière que descubrió que siempre había escrito en prosa. Pues bien, la enfermera como coadyuvante del médico, siempre hará psicoterapia, aunque hasta cierto nivel, pues más allá de lo apropiado, puede entorpecer la labor del médico en los casos psiquiátricos.

Si comienza por tener un buen contacto con el enfermo, se ganará su confianza. El enfermo expondrá sus quejas, sus molestias y quizá sus problemas. Si el caso es psiquiátrico, la enfermera deberá ser muy prudente porque este es el punto en que su actitud debe encauzar hacia el médico tratante la catarsis del enfermo e indicarle que ella le ayudará de acuerdo con el médico.

Es muy importante que la enfermera se dé cuenta o por lo menos sospeche los rasgos importantes de la personalidad del enfermo, de sus emociones actuales, de su estado de humor.

Ya habrán advertido ustedes en su práctica hospitalaria esta situación. Se encuentran ustedes ante un enfermo difícil, quisquilloso, que encuentra todo mal, se enoja, exige, ve con hostilidad a la enfermera. Si ésta no sabe cómo conducirse se puede producir un choque entre ambos, lo que aparte de ser muy desagradable, es perjudicial para el enfermo. El silencio expectante, la paciencia para escuchar puede desarmar al enfermo. Por el contrario una disensión más o menos violenta trae una mala relación que puede llegar a lo que llamamos *contra transferencia* que hace inevitable la ruptura con el enfermo, con malas consecuencias también para la enfermera. Si el enfermo es un deprimido hipocondríaco quiere tener a la enfermera junto a él todo el tiempo, recibir más atención que ninguno, obligar a la enfermera a que se fije en él, a que le dé medicamentos extra, multiplica sus síntomas para atraer su atención y conseguir apropiarse de la enfermera. Si ésta se resiste con brusquedad empeorará la depresión del enfermo, si le da gusto y se somete a las exigencias del enfermo empeorará su dependencia y lo hará cada vez más exigente; tiene que buscar una forma de tranquilizar al enfermo encauzándolo hacia su médico y presentarse ella misma con una actitud neutral, pero no indiferente, evitando discusiones y altercados que es lo que quiere el enfermo.

Otros enfermos son jocosos, bromean a la enfermera, algunos son donjuanescos, sobre todo si la enfermera es joven, aquí también la enfermera debe ser neutral, seria, sin ser adusta, algunas palabras que traigan al enfermo asociaciones de ideas acerca de su familia, de su porvenir, de la importancia de descansar para evi-

tarle complicaciones, podrán reducir su exaltación, sin sentirse ofendido, sin que la enfermera haya perdido su ecuanimidad ni se haya dejado arrastrar positiva o negativamente ante la seducción.

EVITAR LA HOSTILIDAD DEL ENFERMO

Hay enfermos que son naturalmente antipáticos. En nuestros hospitales psiquiátricos conocemos este grupo de enfermos muy bien, frecuentemente son epilépticos con un tipo de personalidad muy especial mal llamada personalidad epiléptica. Pero hay que recalcar que no todos los que sufren ataques epilépticos tienen este tipo de personalidad, pues además de que sería un error pensar en esto, sería una injusticia. Es en los casos de la llamada epilepsia esencial, donde frecuentemente se presenta esa personalidad egoísta, exigente, que busca siempre la manera de herir, de lastimar, su tono de voz desagradable, encuentra la manera de ser hostil con sarcasmos, indirectas, quejas y aun amenazas y agresiones. A estos enfermos con nada se les puede satisfacer y la enfermera o el enfermero necesitan estar muy bien preparados para evitar la *contra transferencia*, es decir, la reacción hostil hacia el enfermo; no contestar a la agresión, no usar de la fuerza ni de la violencia innecesarias, siguiendo las instrucciones del médico en cuanto al uso de sedantes. He visto por desgracia, enfermeros y enfermeras, que no actúan como debieran y que ante esas manifestaciones patológicas, aunque desagradables, reaccionan con una saña y violencia que se equiparan con las del propio enfermo. Estas personas no son dignas de llamarse enfermeros y deberían, desde luego, cambiar de ocupación.

La edad y el sexo de los enfermos puede influir para establecer buenas o malas relaciones personales entre la enfermera y el enfermo.

TRATO CON LOS NIÑOS

Los niños despiertan generalmente sentimientos de compasión y las enfermeras tienden a expresar en ellos sus sentimientos maternos. Sin embargo, también estas reacciones no se deben dejar libremente, pues en algunos casos su exageración puede ser perjudicial. Otras veces la frustración de la enfermera en sus propios anhelos de maternidad, puede dar lugar a una hostilidad reprimida, que ella no quisiera ver, que pretende ignorar y sin darse cuenta es brusca o se impacienta innecesariamente con el chiquillo; hay que estar alerta para comprender el origen de estas anormalidades.

AYUDA A LOS ANCIANOS

Con los viejos se presentan problemas análogos. En algunas enfermeras la imagen paterna o la imagen del

abuelito se proyectan en el enfermo en forma positiva o negativa, lo que hace que sin darse cuenta traten con ternura o con hostilidad al paciente. Por otra parte un desconocimiento de las peculiaridades psicológicas de las personas de edad avanzada, puede acabar con la paciencia de la enfermera, si ésta no tiene en cuenta las modalidades de expresión de las insuficiencias intelectuales del viejo, sus frustraciones que le hacen expresarse con amargura, que no oye bien, que entiende al revés lo que le dicen, y a veces aún tiene agresiones verbales, francamente psicóticas. Son estados que van desde el viejo que empieza a chochar, hasta la psicosis arterioesclerosa y la demencia senil. En todos los casos se necesita la comprensión de estas motivaciones de conducta, para que la enfermera conserve su actitud de neutralidad benévola.

Como ustedes se han dado cuenta, por los ejemplos que he expuesto, es en los casos psiquiátricos, donde la actuación de enfermeros y enfermeras es más delicada y más difícil.

MANERA DE CONDUCIRSE CON LOS ENFERMOS PSÍQUICOS

Desde luego la manera de conducirse del enfermo psiquiátrico va a ser muy distinta que la habitual en un hospital de medicina o cirugía. Habitualmente comienza por decir que no está enfermo, su conducta con el enfermero en gran número de casos es hostil y aun agresiva, al grado que el enfermero tiene que usar de la fuerza para conducirlo y para ponerle la primera medicación sedante; pero esto debe ser hecho con tal limitación y con tal cuidado que no involucre sentimientos agresivos o de represalia por parte del enfermero, y se atenga a una estricta técnica prevista, que no lastime ni ofenda al enfermo, cuidando especialmente su lenguaje tanto como sus ademanes y su restricción física.

En el trato con estos pacientes se encontrarán con todos los matices de anormalidad, desde el paciente con una inteligencia lúcida, que protesta y amenaza con una acción judicial, el esquizofrénico incongruente que rehúsa tomar alimentos, el deprimido que en un ligero descuido de los enfermeros o vigilantes, aprovecha lo más insospechable para ahorcarse y así la gran variedad de casos psicóticos hasta el o la homosexual y el drogadicto con todas sus dificultades de manejo. Por esto es que los enfermeros y las enfermeras psiquiátricos deben poseer además de los conocimientos, la cultura y la preparación psicológica y moral de todas las enfermeras, una vocación especial y un entrenamiento que, por desgracia es muy difícil de encontrar y que entre el elemento laico no se remunera equitativamente.

Lo que hemos dicho, nos lleva a pensar que las reacciones emocionales propias de la enfermera tienen también un significado decisivo en el establecimiento de

las relaciones personales o rapport con el enfermo. Durante el curso de su carrera la enfermera ha recibido un aprendizaje, no sólo de conocimientos científicos y técnicos, sino también de práctica hospitalaria y de formación moral. No quiero referirme a las personas que ni por vocación, ni por cultura, ni por defectos de orden moral, merecen ni el título de enfermeras, pero ni siquiera un sitio usurpado en su categoría.

CUALIDAD ESPECIAL DE LA ENFERMERA

La formación profesional de la enfermera requiere la formación de hábitos, modificaciones del carácter y del modo de ser que le dan una calidad especial; pero sucede a veces que a pesar de todo aparecen ciertas reacciones del inconsciente que no son advertidas por la enfermera misma y que se le hace notar por sus superiores y por los médicos, o bien por el resultado que ella misma advierte en la respuesta de sus enfermos, no sabe cómo pudieron presentarse aun contra sus propósitos de no ser así. En estos casos, es frecuente que las motivaciones de esa conducta se encuentren en vivencias conservadas en el inconsciente y que es preciso ver y resolver. Una enfermera amargada por un conflicto de la infancia o de la juventud que ha sido reprimido, pero no liquidado, puede hacerla brusca, agresiva en su trato, sin que ella lo note. Quizá una timidez por sentimientos de culpa reprimidos y mal resueltos, la haga olvidadiza, poco amable, retraída. En algunos casos las personas que han tenido frustraciones dedican su vida con abnegación al cuidado de los enfermos; pero si no han resuelto verdaderamente su conflicto, éste puede aparecer inconscientemente en el rechazo para el sexo opuesto, con una conducta impecable, pero fría, distanciada, aun provocándose a ella misma sentimientos de culpabilidad.

Otras personas tienen anomalías de carácter y francos trastornos de personalidad que las hace inhábiles para el ejercicio de la enfermería. Hay situaciones por

fortuna, no frecuentes, en que una personalidad paranoica hace difícil la convivencia con sus compañeras y aunque técnicamente su atención de los enfermos es correcta, su rapport afectivo es inconscientemente hostil. Otro caso sería el de un enfermero sado-masoquista que no tolera las agresiones de un enfermo mental, o bien un homosexual reprimido que en su trato con los enfermos deja escapar inconscientemente sus tensiones desviadas. Estos casos que llegan a las fronteras de lo patológico, pero que no siempre se advierten con toda evidencia, deberían ser detectados para evitar las consecuencias que para los enfermos y para las instituciones tienen tales situaciones.

Es indudable que en la preparación de la enfermera y del enfermero es preciso inculcar principios de deontología médica y que la formación de hábitos en el continuo ejercicio de la profesión llegan a imprimir rasgos muy distinguibles en la personalidad, pero en aquellos casos que he reseñado en que inconscientemente aparecen reacciones que interfieren con esa línea previamente impresa por la educación profesional, es preciso buscar por todos los medios las motivaciones para hacerlas conscientes y entonces manejarlas con la orientación debida.

Esta orientación no puede ser otra cosa que la que da sentido a toda la conducta de la enfermera que es hacer el bien a los demás. Transforma las cargas emocionales en sentimientos elevados, se llama en nuestra especialidad, sublimación. La sublimación tiene su máxima realización cuando la enfermera encuentra en cada enfermo un objeto de amor, porque ha proyectado en dicho enfermo el amor a Cristo y es Cristo el que está en el enfermo.

Un periodista americano hace muchos años encontró en China a dos monjas que estaban recogiendo en la calle a un leproso tan miserable que casi no tenía ropa y tan lleno de llagas que no había sitio donde poner las manos, que no se tocara la supuración. Asqueado el periodista dijo a las monjas: Yo no haría eso por un millón de dólares. Las monjas contestaron: nosotras tampoco. El amor a Cristo no se cuenta en dólares.

LA RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA EN LOS PLANES DEL DESARROLLO

Análisis y propuesta de la Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona

Por AUGUSTO PUNCERNAU

El estudio realizado por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario del Distrito Universitario de Barcelona sobre los hospitales en el III Plan de Desarrollo ha obtenido muy escaso eco en el texto de la Ley del III Plan que ha sido debatida y aprobada en las Cortes.

La ponencia, fue elaborada por un grupo de médicos y técnicos hospitalarios presididos por el doctor Carlos Soler Durall, y pertenecientes a la citada Asociación. Lleva por título: *Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo* y consta de más de 160 páginas. En el estudio se analizan los aciertos y fallos de los dos primeros Planes de Desarrollo, y se expone la situación hospitalaria actual y las directrices del III Plan desde diferentes ángulos (Seguridad Social, Corporaciones Locales, hospitalización privada, aspectos económicos, etc.) En líneas generales, tras certificar las deficiencias cuantitativas y cualitativas de la actual red hospitalaria, sus autores se muestran partidarios de un aprovechamiento de los recursos hospitalarios existentes, mediante subvenciones estatales a los Centros de las Corporaciones Locales y otras instituciones públicas, que permitan la modernización de los centros y un aumento en sus costes de mantenimiento, y mediante la concesión de créditos a la hospitalización privada, desgravaciones fiscales y otras medidas tendentes a atraer a la inversión privada. Critican, asimismo, la abundancia de recursos económicos asignados a la Seguridad Social en relación con los asignados al resto de la red hospitalaria, especialmente teniendo en cuenta que la Seguridad Social no cubre la asistencia de enfermedades de larga duración, las cuales quedan a cargo de otras entidades. Propugnan como estructura básica para el desarrollo hospitalario la creación de redes regionalizadas de hospitales, con entes de gestión de ámbito regional, en los que participen representantes de todas las entidades y personas relacionadas con la asistencia hospitalaria.

LA PONENCIA EN LAS CORTES

La ponencia fue dada a conocer a la opinión pública y enviada a los procuradores en Cortes cuando se iba

a debatir el proyecto de ley del III Plan de Desarrollo. A pesar de que, según parece, el estudio fue acogido con interés por algunos procuradores, solamente el señor Tarragona, procurador familiar por Barcelona, presentó una enmienda basada en los estudios de la A. D. H.

El proyecto de ley presentado por el Gobierno a las Cortes se basaba en el texto refundido del II Plan de Desarrollo, sobre el que se hicieron las modificaciones que se estimaron convenientes. Los aspectos hospitalarios se trataban en dos artículos distintos del texto refundido: uno que hacía referencia a la Sanidad en general y otro a la Seguridad Social.

El artículo en el que se trataba de la Sanidad, y al que el Gobierno no presentaba ninguna modificación, fue aprobado prácticamente como se hallaba ya en el II Plan.

Al artículo 32, que trataba de la Seguridad Social, el Gobierno presentó una enmienda haciendo referencia a los servicios sanitarios de aquélla. Consistía en añadir dos párrafos que fueron aceptados por los procuradores prácticamente sin variación. El texto aprobado dice que se perfeccionarán los servicios sanitarios de la Seguridad Social, tanto los de carácter hospitalario como los ambulatorios, prestándose una atención prioritaria a los servicios de urgencia y a los medios rurales. Se incrementarán y perfeccionarán los planes y programas de prevención, seguridad, higiene y bienestar en el trabajo, y se otorgará igualmente carácter prioritario a la rehabilitación, recuperación profesional y empleo de los minusválidos y subnormales del trabajo.

La enmienda del señor Tarragona fue presentada también a este artículo y proponía añadir un párrafo en el que se dijese: «Se fijará, como uno de los objetivos principales de la Seguridad Social, la creación de puestos hospitalarios hasta alcanzar un número de camas equivalente a la cifra del 10 por mil de los asegurados». La enmienda no fue aceptada y la única aportación directa basada en los estudios de la Asociación no quedó reflejada en el proyecto de ley. Sin embargo, aún es pronto para conocer su efectividad real, ya que la Ley aprobatoria del III Plan, como las de anteriores Planes,

no contiene más que directrices generales y es en su aplicación práctica donde deben estudiarse los resultados.

**RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA
Y ENTIDADES DE LAS CUALES DEPENDEN
LOS DIVERSOS CENTROS**

ENTIDADES	Número de centros	Número de camas
MINISTERIOS CIVILES		
Gobernación	147	21.935
Presidencia del Gobierno	20	1.599
Trabajo (Seguridad Social)	56	11.975
Movimiento (antiguo 18 de Julio)	45	2.248
Educación y Ciencia	10	4.265
Justicia	7	801
	<hr/>	<hr/>
	285	42.823
MINISTERIOS MILITARES		
Ejército	39	12.367
Marina	4	1.577
Aire	5	423
	<hr/>	<hr/>
	48	14.367
ADMINISTRACIÓN LOCAL		
Provincia	120	40.524
Municipio	156	7.024
	<hr/>	<hr/>
	276	47.556
INSTITUCIONES AUTÓNOMAS		
Clínicas particulares	903	32.892
Iglesia	93	17.006
Cruz Roja	39	2.035
Extranjero	4	130
	<hr/>	<hr/>
	1.039	52.063
	<hr/>	<hr/>
TOTAL NACIONAL	1.648	156.919

Datos del *Catálogo Nacional de Hospitales de la Dirección General de Sanidad* y del *Censo de Establecimientos Sanitarios del Instituto Nacional de Estadística*, publicados en 1966.

Publicado en el *Informe Baltar*. Revista Triunfo, 13 de noviembre de 1971.

Independientemente de que pueda estarse de acuerdo o no con las propuestas de la A. D. H., es indudable que su estudio se ha hecho con objetividad y a partir de un gran número de datos. Aunque sólo sea por esto, el estudio merece tenerse en cuenta.

A partir de los datos suministrados por el trabajo y por otros documentos, vamos a intentar hacer un resumen que nos permita seguir la evolución hospitalaria desde el I Plan de Desarrollo hasta el momento presente. Nos limitaremos a exponer el estado de la opinión técnica, especialmente de la A. D. H., sobre estas cues-

tiones, dada su dificultad, subrayando aquellos aspectos que parecen más claros.

**EN LOS INICIOS
DE LA PLANIFICACIÓN INDICATIVA**

En 1964, cuando comenzaba el período de vigencia del I Plan de Desarrollo (1964-67), no se tenían todavía datos fiables sobre el número de hospitales existentes y sus características. Debido a esto y a la falta de una política hospitalaria propia, en el I Plan no se preveían más que inversiones en algunos grandes centros hospitalarios y la creación de algunos servicios. «Todo ello sin un plan directriz claro, por lo que sospechamos que la programación hecha por el I Plan no fue más que el resultado de la refundición de los programas de los diferentes organismos de los que depende la Sanidad en nuestro país.» (Obach Téllez).

Al ser aprobada en 1962 la Ley de Coordinación Hospitalaria, se plantearon como consecuencia dos necesidades: elaborar un Catálogo de Hospitales con el fin de conocer la situación del país y establecer un reglamento para la aplicación de la Ley.

El reglamento, a pesar de que han transcurrido casi diez años, sigue sin aprobarse dadas las divergencias existentes entre los organismos de quienes dependen los centros hospitalarios. El Catálogo de Hospitales, basado en datos de la Dirección General de Sanidad fue publicado en 1966 en la obra «Planificación de la Asistencia Hospitalaria en España» de los doctores Adolfo Serigó y Pedro Porras. Los datos se referían a la situación en 1964.

Gracias al Catálogo de Hospitales se averiguó que una gran parte de los hospitales españoles eran muy antiguos. «Casi la cuarta parte de estos establecimientos —explicaban los doctores Serigó y Porras— son anteriores al año 1800, esto es, construidos antes de la guerra de la Independencia, y más del 38 por ciento considerando que muchos de los que no se conoce su edad son probablemente muy antiguos, fueron inaugurados antes de 1900.»

Por otra parte, se podía comprobar cómo los centros hospitalarios dependían de múltiples entidades: Diputaciones, Municipios, Seguridad Social, Iglesia, particulares, etc. Entre ellos, únicamente la Seguridad Social poseía medios económicos suficientes para promover la construcción de nuevos hospitales.

EL II PLAN DE DESARROLLO

Las previsiones del II Plan de Desarrollo (1968-71) fueron más ajustadas a la realidad, gracias a los datos obtenidos a partir del censo de hospitales. En el Plan se analizaba la situación hospitalaria del país y se programaban las inversiones para sus cuatro años de vigencia a partir de aquel análisis. Las inversiones quedaron fijadas así:

	POTENCIACIÓN			CREACIÓN			TOTAL
	Centros	Camas	Inversiones Millones de pesetas	Centros	Camas	Inversiones Millones de pesetas	Inversiones Millones de pesetas
SEG. SOCIAL	14	3.740	3.129	—	—	—	3.129
RESTO RED	49	13.817	3.325	160	37.023	924	4.240

En el II Plan aparecen ya signos de lo que en el III será una realidad manifiesta: la preponderancia de la Seguridad Social en las inversiones previstas para la red hospitalaria. A la Seguridad Social, que según el Catálogo de Hospitales contaba con 59 centros y 13.829 camas, se le asignan como inversiones un total de 3.129 millones de pesetas con cargo a sus propios fondos. Al resto de la red del país, integrada por 1.538 centros con 124.211 camas, se le asignan para la creación de nuevos centros y la modernización de los ya existentes una cantidad algo superior: 4.240 millones de pesetas.

Otro signo que pone de manifiesto esta tendencia en pro de la Seguridad Social es la desproporción entre las cantidades que se asignan para la creación de nuevos hospitales. A la Seguridad Social, para la construcción de 14 Residencias Sanitarias con 3.740 camas, se le concede casi el mismo presupuesto que a los 49 centros con 13.817 camas a crear en el resto de la red. Esta diferencia no puede explicarse aduciendo que los centros a crear por el Instituto Nacional de Previsión son principalmente residencias quirúrgicas y de carácter regional o provincial de coste más elevado que el resto de los hospitales (psiquiátricos, locales, etc.), pues aun así la diferencia es muy notable.

Respecto al aumento del número de camas en el país, el II Plan de Desarrollo no representaba ningún avance. Las 17.557 camas que se iban a crear quedaban compensadas por las 10.783 que se suprimirían. Este aumento de cerca de 7.000 camas previsto por el Plan no era suficiente ni para contrarrestar el crecimiento vegetativo de la población sin que disminuyese el número de camas por 1.000 habitantes.

No obstante, el II Plan dedicaba 924 millones de pesetas a la modernización de más de una cuarta parte de las camas existentes en aquellos momentos, lo que permitiría un mayor aprovechamiento de las instituciones ya existentes al disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes.

Por otra parte, en el Plan se programaba un aumento en los gastos de sostenimiento que en la mayoría de las instituciones se hallaban a niveles bajísimos. En los hospitales psiquiátricos de las Diputaciones y del P. A. N. A. P. los costes por enfermo y día se hallaban fijados en 36 y 45 pesetas respectivamente, cuando se calcula que para un correcto funcionamiento de los hospitales psiquiátricos los costes de mantenimiento deben ser de 800-900 pesetas por enfermo y día. Algo semejante ocurría con los hospitales clínicos, municipales, etc. El Plan preveía un aumento en los costes que,

sin llegar a las cantidades requeridas, significaban una cierta mejora.

En cuanto a las medidas financieras, en el II Plan se había previsto la creación de un fondo nacional de ayuda a los hospitales con el fin de anticipar fondos o conceder subvenciones, de acuerdo con un plan previo, a entidades y corporaciones. Estas inversiones iban dirigidas a aumentar los gastos de sostenimiento de los hospitales, con lo que se lograría una mejora en los servicios. Ello posibilitaría un aumento de la demanda y la creación en algunos centros de un sistema de clínica abierta. Con estas medidas se esperaba que los centros pudiesen ir aumentando sus ingresos, de modo que las subvenciones fuesen progresivamente menores manteniéndose la asistencia a un nivel adecuado.

Respecto a los hospitales privados, el Plan admitía la posibilidad de permitirles el acceso al crédito oficial a medio y largo plazo, en determinadas condiciones. En Bilbao, en 1969, se celebró una Asamblea Nacional Sindical de sanatorios y clínicas de hospitalización privada en la que el Sindicato Nacional de Actividades Sanitarias señaló la necesidad de que se estableciesen los canales para la obtención de los créditos anunciados en el II Plan. En Julio del año siguiente, el Ministerio de Hacienda regulaba la concesión del Crédito Hospitalario. Durante 1970 y 1971 se concedieron 22 créditos por valor de 527 millones de pesetas, lo que permitió la creación de nuevos centros privados, ampliación de los ya existentes y modernización de las instalaciones. Los créditos concedidos hasta finales de 1971 se calcula que permitirán la creación de 1.800 nuevas camas, bien instaladas, en el sector privado.

SITUACIÓN ANTE EL III PLAN

Nos hallamos en 1972, terminado ya el período de vigencia que se había previsto para el II Plan de Desarrollo y a punto de aprobarse el III. El número de camas hospitalarias del país, calculadas en unas 160.000 por el Informe Baltar,¹ no llega a cubrir apenas la mitad de las que serían necesarias según las recomendaciones de la O.M.S. De las existentes, una buena parte se encuentran en hospitales que no reúnen todavía los requisitos mínimos para una correcta asistencia.

Por otra parte, podemos decir con el Informe Foessa que: «la extensión de la enfermedad es algo más importante de lo que a veces se piensa con las cifras de camas de hospital. Según nuestros datos de encuesta, muy aproximados, un 9 por 100 de los hogares cuenta con alguna persona enferma, lo que supone una cifra que oscila en torno a las 750.000 personas las que se puede considerar enfermas en un momento dado. Esta cifra es la que debe servir de base para calcular el coste económico y social de la enfermedad en España». Y a

¹ Publicado en *Triunfo*. Núms. 476-477. Noviembre 1971.

ello añade el doctor Soler Durall: «Es en la totalidad de los españoles que hay que pensar cuando se planifica la Sanidad y en estos 750.000 cuando se planifica la Asistencia; 600.000 enfermos están en su casa en un momento dado. No todos, naturalmente, requieren estar hospitalizados, pero como mínimo uno de cada seis; es decir, 100.000, sin duda, sí requieren hospitalización. ¿Por qué no lo están?» Y él mismo se responde: «Porque el mecanismo asegurador al que están vinculados no les da derecho y porque otras camas o no existen o en ellas estarían peor que en casa».

Junto a estas deficiencias cuantitativas y cualitativas de nuestra red hospitalaria persisten también las múltiples entidades y organismos de quienes dependen los hospitales. Desde un punto de vista político estos centros dependen de ocho Ministerios y dentro de alguno de ellos, como el Ministerio de Gobernación, de diferentes organismos. Como consecuencia de esta dispersión de mandos, y ante la falta de solidaridad y coordinación voluntarias de las diferentes entidades públicas y privadas que rigen los hospitales, la situación de la red asistencial es muy desigual en su distribución geográfica, en los medios con que cuenta cada centro, etc.

En estos últimos tiempos se ha hablado mucho de la necesidad de un Ministerio de Sanidad que viniese a poner término a esta dispersión organizativa, pero nada se ha hecho en este sentido. Lo que, unido a una falta de planificación efectiva, nos da como resultado la situación actual.

Las diferencias en la disponibilidad de recursos económicos es un ejemplo de las desigualdades básicas que se dan entre las instituciones de las que dependen los hospitales. Por su abundancia de recursos destaca la Seguridad Social, con unas Residencias Sanitarias magníficamente dotadas, y para la cual la elevación del salario mínimo, por decreto, significa un aumento en los ingresos de mil millones de pesetas por cada peseta de subida. Las demás instituciones cubren sus gastos por medio de sus escasos recursos y acudiendo a conciertos con la Seguridad Social. La ayuda estatal que se les prometía en la Ley de Hospitales de 1962 todavía no ha sido llevada a cabo.

EL INFORME DE LA COMISIÓN DEL PLAN

El 23 de abril de 1971 se publicaba en *Tribuna Médica* un informe de la Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social del Plan de Desarrollo en el que se analizaban los aspectos hospitalarios que deberían reflejarse en el III Plan. El estudio, cuyas propuestas partían de la Dirección General de Sanidad, fue calificado de realista por la A. D. H. Consideraba el informe la situación antes del II Plan y los objetivos y resultados de éste. Señalaba, después, como objetivos principales para el III Plan los dos siguientes:

1. Continuar el proceso de modernización de la red hospitalaria.

2. Dotar de suficientes gastos corrientes a los centros nuevos o mejorados para que rindan al máximo.

En orden a la modernización de la red, el informe, en el capítulo de inversiones, incluía dos anexos. El primero haciendo referencia a unos módulos según los costes reales deducidos de los proyectos subastados durante el II Plan y que venían expresados en pesetas/cama. Así, por ejemplo, se calculaba el coste de un hospital general regional en 800.000 pesetas por cama. Los módulos hacían referencia no solamente a los costes de creación de nuevos centros, sino también a los costes de reformas y renovación de instalaciones.

En el otro anexo se reseñaban por regiones hospitalarias las inversiones previstas para la creación de nuevos centros y reforma de los ya existentes de acuerdo con los módulos establecidos. Para estas inversiones se tenían en cuenta las necesidades hospitalarias más urgentes comunicadas por las comisiones provinciales de coordinación hospitalaria a la Secretaría de la Comisión Central. No incluía las inversiones de la Seguridad Social ni las del Ministerio de Educación y Ciencia.

En cuanto a los gastos de sostenimiento, el informe preveía la terminación de 20.000 camas generales y 20.000 camas psiquiátricas, dependientes de las corporaciones locales, durante el II Plan de Desarrollo con unos gastos de mantenimiento totales que ascendían a 4.680 millones de pesetas anuales. Se preveía una ayuda a las corporaciones locales de 1.000 millones de pesetas, algo menos del 25 por 100 de los gastos totales, más unas subvenciones que podían oscilar entre el 10 y el 40 por 100 de los costes totales de sostenimiento. Las subvenciones irían condicionadas a una mejora del nivel asistencial de los hospitales, con lo que se esperaba lograr un aumento en los ingresos y una autofinanciación parcial. El paso de inversión a sostenimiento se programaba para los cuatro años de duración del Plan con un coste total de 2.500 millones de pesetas. Luego quedarían fijos en los presupuestos del Estado unos fondos de ayuda hospitalaria de 1.100 millones de pesetas anuales para las corporaciones locales.

Como objetivos complementarios, aunque con igual importancia, el informe señalaba la necesidad de conseguir una coordinación hospitalaria a nivel central y local por medio de consorcios que definan políticas sanitarias comunes, así como promover la formación de personal hospitalario (directivo, administrativo, técnico superior, auxiliar, etc.) y sanitario en general. Por último, propugnaba el fomento de la investigación y el desarrollo de las relaciones entre los hospitales y los centros docentes.

El total de las inversiones propuestas alcanzaba los 15.188 millones de pesetas, de las cuales 11.253 recaerían en los presupuestos del Estado y 3.935 millones en las corporaciones locales.

Terminaba el estudio con una extensa *observación* en la que se analizaba la situación hospitalaria del país y sus necesidades de acuerdo con la moderna doctrina hospitalaria.

El informe de la Comisión fue muy bien acogido por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Su presidente, el doctor Cayetano Alegre Marcet, decía de él: «Quedamos sorprendidos por su tremendo realismo, por su objetividad, y por la preconización de una radical transformación asistencial basada en una coordinación perfecta de todos los medios».

Pero la satisfacción no duró mucho tiempo, dado que el proyecto definitivo del III Plan se hallaba muy lejos de lo señalado en aquel informe.

EL III PLAN DE DESARROLLO

¿Cuáles son las líneas básicas del III Plan (1972-75) aprobado? Si tomamos como elemento de referencia el libro publicado por la Comisaría del Plan, después de su lectura se llega a la conclusión de que la salud pública no constituye uno de los objetivos principales del III Plan, a pesar de la afirmación que en él se hace en sentido contrario. Ni siquiera es tenida en cuenta cuando al hablar de los factores del nivel de bienestar se citan la renta por habitante, el nivel cultural, la alimentación, el número de viviendas, el consumo de acero, cemento, etc. Pero no se menciona el nivel sanitario de la población ni aspectos más específicos, como el número, distribución o nivel asistencial de los centros que integran la red hospitalaria.

En cuanto a las directrices generales, el Plan es poco preciso. Citemos algunos de los puntos más destacados:

«Se perfeccionarán los servicios sanitarios de la Seguridad Social, tanto los de carácter hospitalario como los ambulatorios..., con una atención especial a los servicios de urgencia y a los de los medios rurales.»

«Se establecerá una red de centros comarcales y subcomarcales de Sanidad, para facilitar el adecuado ejercicio de las profesiones sanitarias en el ámbito rural y promover el desarrollo de la Sanidad local...»

«Se fomentará el régimen de cooperación hospitalaria en todo el territorio nacional y más concretamente en conjuntos o comunidades de hospitales que puedan garantizar una asistencia hospitalaria completa en zonas geográficamente delimitadas.»

Igualmente en lo que hace referencia a los objetivos por sectores no se ofrecen mayores precisiones:

— *Seguridad Social*: construcción y ampliación de Residencias Sanitarias, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, y Ambulatorios.

— *Sanidad*: continuar el proceso de modernización de la Red Hospitalaria; dotar de suficientes medios a los centros nuevos o mejorados; tratar de conseguir una coordinación adecuada a nivel central y local y promover la formación del personal hospitalario.

Únicamente se encuentran algunos datos más concretos cuando se anuncia el aumento de más del 30 por 100 del número de camas actualmente existente en la Seguridad Social y la construcción de 200 Centros de Diagnóstico y Tratamiento y Ambulatorios.

En cuanto a las inversiones para centros hospitalarios programadas en el III Plan se pueden resumir así (datos en millones de pesetas):

	Presupuesto del Estado	Seguridad Social	Corporaciones Locales	Total
SEGURIDAD SOCIAL	—	30.000	—	30.000
RESTO RED	1.900	—	4.000	5.900
TOTAL	1.900	30.000	4.000	35.900

¿Qué es posible deducir de todo esto? La escasez y la imprecisión de la información facilitada no posibilitan análisis de cierta profundidad, pero sí se puede llegar a algunas conclusiones.

NÚMERO DE CAMAS

Según los datos recogidos por el doctor Juan Picañol Peirató, el incremento de un 30 por 100 de las camas de la Seguridad Social las hará aumentar de las 25.807 camas actuales a 33.550. A partir de las inversiones señaladas para las corporaciones locales pueden calcularse en unas 6.000 las camas a crear por aquellas entidades, a razón de un millón de pesetas por cama según los módulos aceptados internacionalmente. En total, pues, el número de camas pasará de las 160.000 actuales, según el Informe Baltar, a 199.550. Teniendo en cuenta que la población a finales de 1970 era de 33,9 millones de habitantes y la prevista para 1975, año que finalizará el Plan, será de 35,5 millones, podemos concluir con el doctor Picañol que «la precaria e inconexa red de hospitales que tiene España en la actualidad, vendrá a ser todavía más insuficiente, si cabe, al finalizar la vigencia del nuevo Plan de Desarrollo, puesto que el aumento previsto en las instalaciones apenas vendrá a compensar el incremento vegetativo de la población».

Con este aumento en el número de camas, el índice de camas por 1.000 habitantes pasará de 4,34 en 1968, el índice más bajo de Europa incluidos Grecia y Portugal, a 5,6 en 1975. Así pues, al finalizar el III Plan de Desarrollo aún nos hallaremos muy lejos del promedio europeo de 9 camas por 1.000 habitantes y de las recomendaciones de la O. M. S. que son de 10 camas por 1.000 habitantes. Por otra parte, el aumento en el número de camas logrado será insuficiente para cubrir la mayor demanda de asistencia hospitalaria que se ha comprobado se produce con el aumento del nivel económico de un país.

INVERSIONES SANITARIAS

En cuanto a las inversiones, los autores del estudio de la A. D. H. señalan dos deficiencias: escasez de re-

cursos dedicados a la salud pública en general y deficiente distribución de estos recursos en relación con las necesidades de los diferentes sectores hospitalarios.

Los recursos dedicados a la salud pública, incluidos dentro del apartado *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social*, son de 56.966 millones de pesetas. Ocupan el sexto lugar en orden de importancia y constituyen únicamente un 7,6 por 100 de las inversiones del III Plan.

La importancia concedida a la salud pública aún disminuye más en los presupuestos del Estado. Tras separar las inversiones que corresponden a la Seguridad Social, Corporaciones Locales y Organismos Autónomos de las que corren a cargo del presupuesto del Estado, el apartado *Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social*, pasa a ocupar el 11 lugar en orden de importancia. Las inversiones previstas son de 11.966 millones de pesetas, lo que representa sólo el 2,4 por 100 del presupuesto del Estado para el III Plan.

A las cantidades indicadas hay que añadir una cifra indeterminada para la construcción de hospitales clínicos incluida en los 11.319 millones de pesetas que se dedican a la Enseñanza Universitaria.

Respecto a la distribución de inversiones en centros hospitalarios podemos ver en el cuadro reseñado anteriormente que de los 35.900 millones de pesetas de inversiones totales se dedican 30.000 millones a los centros sanitarios de la Seguridad Social y únicamente 5.900 millones a los hospitales del resto de la red. Si tenemos en cuenta que de las 160.000 camas hospitalarias del país, 26.000 corresponden a la Seguridad Social (16,2 por ciento) y las 134.000 restantes a los demás hospitales (83,7 %) llegamos a la siguiente conclusión: las inversiones programadas para la Seguridad Social, 16,2 % de las camas del país, representan el 83,56 % de las inversiones totales dedicadas a los hospitales; mientras que al resto de la red hospitalaria, 83,7 % de las camas y en una situación más deficitaria que las de la Seguridad Social, no se les asigna más que el 16,44 % de las inversiones programadas. La desigualdad es manifiesta, haciéndose evidente el fuerte impulso que se piensa dar a las construcciones hospitalarias de la Seguridad Social mientras que el resto de la Red cuenta con una ayuda insuficiente para la modernización prevista.

LAS INVERSIONES EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Además cabe preguntarse: ¿Cómo van a ser invertidos los 30.000 millones de pesetas de que dispone la Seguridad Social? Centrándonos en el 30 % de aumento previsto sobre las camas actuales, unas 8.000 nuevas camas, se abre el interrogante de si serán para enfermos agudos o crónicos. Según el doctor Adolfo Serigó: «Si son de agudos, el país está saturado ya prácticamente de estas instalaciones, y si son de crónicos, la Seguridad Social no abona todavía sus costos de forma obligatoria y éstos revierten a las Corporaciones locales».

En nuestro país, la Seguridad Social cubre la hospitalización de sus asegurados por enfermedades agudas (afecciones quirúrgicas, maternidad, hospitalización de niños de menos de 7 años, etc.) mientras que las hospitalizaciones largas quedan en manos de otras instituciones en régimen benéfico o semibenéfico.

La Seguridad Social necesita camas para enfermos agudos, pues se halla escasamente dotada de ellas en relación a su población asegurada. Sin embargo, es difícil comprender cómo podría programarse la construcción de nuevas camas para agudos cuando en el país existen 93.000, cinco veces más que en la Seguridad Social, y por otra parte, donde se da realmente la falta de camas en el país es en el sector de enfermos crónicos.

La inversión de 30.000 millones de pesetas en las instalaciones sanitarias de la Seguridad Social se hace con cargo a los propios fondos del Instituto Nacional de Previsión. Estos provienen de las cuotas de las empresas y de los asalariados. Las cuotas de éstos disminuyen su capacidad adquisitiva y las cuotas de las empresas repercuten automáticamente sobre el encarecimiento de sus productos o servicios, con lo que aumenta indiscriminadamente el coste de la vida. Por ambos caminos resulta que las inversiones de la Seguridad Social recaen mayoritariamente sobre los sectores asalariados de la población.

EL RESTO DE LA RED Y EL SECTOR PRIVADO

Para el resto de la Red se han programado en el III Plan inversiones por valor de 5.900 millones de pesetas, de los cuales 4.000 deben ser desembolsados por las Corporaciones Locales y sólo 1.900 millones corren a cargo de los presupuestos del Estado. Comparamos con las inversiones proyectadas en el informe de abril de 1971 por la Comisión del Plan (cifras en millones de pesetas):

	Presupuesto del Estado	Corporaciones locales	Total
INFORME ABRIL	11.253	3.955	15.188
PLAN DEFINITIVO	1.900	4.000	5.900

Vemos cómo las inversiones en la red hospitalaria no perteneciente a la Seguridad Social han quedado muy disminuidas, especialmente en lo que se refiere a la aportación del presupuesto del Estado. Con ello se pone en peligro la modernización de la red hospitalaria anunciada en el informe de la Comisión y en el mismo Plan, así como la existencia de unos gastos de sostenimiento suficientes para mantener los centros con un buen nivel asistencial.

En cuanto al sector privado en específico, integrado por los hospitales de la Cruz Roja, Iglesia, particulares y extranjeros, el III Plan no los menciona explícitamente. Sin embargo, el doctor Augusto Salazar Palau, en la ponencia de la A. D. H., cree necesario subrayar la necesidad de una ampliación y mejora de los edificios hospitalarios privados, de su equipamiento y utillaje, así como la conveniencia de crear nuevos centros y de disponer de personal preparado y suficiente para atender a los servicios hospitalarios. En orden a conseguir estos objetivos, propone la ampliación de las dotaciones económicas del Crédito Hospitalario iniciadas en el II Plan, la aplicación de una desgravación fiscal de las inversiones que se efectúen en establecimientos hospitalarios, la declaración de *interés social* de las obras de edificación de centros sanitarios en zonas deprimidas asistencialmente, y otras medidas de tipo financiero y de formación de personal especializado.

UNA ALTERNATIVA

Hasta aquí hemos estudiado lo que han representado los dos anteriores Planes de Desarrollo y lo que pretende ser el III Plan en el terreno hospitalario. Sin embargo, el cuadro no quedaría completo si no ofreciésemos las posibles alternativas o soluciones que existen, y entre ellas la que ofrece la Asociación para el Desarrollo Hospitalario.

El doctor Soler Durall nos dice: «La Ley de Hospitales de 1962 da caminos de solución, pero no se ha aplicado. Declara a todos los españoles iguales ante la enfermedad en cuanto a la accesibilidad a los hospitales y la cobertura subsidiaria del Estado de los déficits funcionales de las instituciones. Dos reglas casi suficientes para cambiar el panorama.

Se hace necesario que el Reglamento de esta Ley, preparado hace ya años, se apruebe y se aplique.

Es necesario unificar jurisdicciones en materia de asistencia para viabilizar la eficacia y para la economía de medios y esfuerzos. La autoridad que centre estas responsabilidades debe ser fuerte y capaz de implantar una total reforma, con descentralización y, a un tiempo, con enérgico control y exigencia.

Precisamente porque la asistencia tiene que llegar con eficacia a todas partes es imprescindible la descentralización, pero también precisamente por ello y tanto para realizarla como para fiscalizarla es también imprescindible centrar en un Ministerio de Sanidad u organismo único la dirección de esta reforma.»

He aquí, en síntesis, el programa de la A. D. H., que exponemos con más detalle en cuadro aparte. Su estudio y discusión pueden servir de punto de partida para una comprensión más profunda de la realidad hospitalaria española y de los medios para mejorarla, aunque muchos nos tememos que no basten para ello las cifras y normas técnicas.

PRINCIPIOS Y MEDIOS PARA UN POSIBLE PLAN DE DESARROLLO EN LO ASISTENCIAL

PRINCIPIOS

1. Establecer el derecho a la Salud y a la Asistencia como bienes prioritarios absolutos.
2. Todos los españoles, por el hecho de serlo, tienen derecho a un trato igual ante la enfermedad.
3. El nivel asistencial tenderá en todo el país a igualarse con el de las instituciones de nivel más alto.
4. Los hospitales estarán estrechamente vinculados a las zonas y poblaciones a cuyo servicio se encuentren.
5. La hospitalización ha de producir el mínimo posible de separación física y espiritual del enfermo con su medio habitual.
6. Los hospitales estarán todos ellos coordinados, para cubrir las necesidades de las distintas áreas geográficas y predeterminado su ámbito y alcance técnico.
7. La planificación se realizará previa sanimetría.
8. En el alto gobierno de los hospitales estará presente una genuina representación de los usuarios de la zona de influencia.
9. Máxima eficacia en la utilización de los recursos.

MEDIOS

A) INSTRUMENTACIÓN LEGISLATIVA

1. Plena aplicación de la Ley de Hospitales de 1962.
2. Complementación de la Ley de Hospitales con una Ley de Regionalización Hospitalaria y otras necesarias.
3. Promulgación de los Reglamentos de las anteriores Leyes.
4. Modificaciones legislativas pertinentes para centrar la responsabilidad de velar por la aplicación de las anteriores Leyes en un solo organismo.
5. Normativa de aplicación a nivel de cada una de las Regiones Hospitalarias.

En esta instrumentación legislativa se atenderán todos los aspectos haciendo especial hincapié en los siguientes:

B) REGIONALIZACIÓN HOSPITALARIA NACIONAL

Aplicación de la doctrina moderna de regionalización, con cualquier esquema válido. Uno de ellos podría ser el siguiente:

1. Al frente de cada una de las actuales Regiones Hospitalarias existiría un Ente Regional de Gobierno que centrarse la autoridad a nivel regional.
2. En el Ente Regional estarían presentes:
 - Los Gobernadores Civiles.
 - Las Corporaciones Locales afectadas.
 - Las instituciones hospitalarias de la red regional.
 - Las agencias públicas y privadas de seguridad social.
 - Las comunidades de usuarios.
3. Los entes regionales dispondrían de una gerencia u organismo ejecutivo en el que se integrarían las actuales jefaturas regionales de coordinación hospitalaria.
4. El Ente regional:
 - Haría cumplir las Leyes hospitalarias en la zona.

- Sería centro de informática hospitalaria de la zona.
- Realizaría la inspección permanente de los centros.
- Aseguraría el adecuado funcionamiento del gobierno de las instituciones hospitalarias.
- Sería el instrumento del Gobierno a nivel regional.
- Garantizaría niveles asistenciales mínimos, funcionamiento de los aspectos educacionales y científicos.
- Distribución de recursos complementarios, control de cuentas e inversiones, etc.
- Mantendría un estudio permanente y actualizado de necesidades en función de la sanimetría de la zona.

Etcétera, etcétera.

5. Cada Ente regional estaría representado en un Consejo Nacional de Hospitales que podría integrar la actual Comisión Central de Coordinación.

El plan, que no publicamos completo dada su extensión, hace también referencia a:

- C) Órganos de gobierno de los hospitales.
- D) Standards mínimos y acreditación.
- E) Financiación para la construcción.
- F) Financiación para el sostenimiento.
- G) Tecnología administrativa.
- H) Tecnología médica y auxiliar.
- I) Enseñanza e investigación.
- J) Inspección y control.
- L) Plan contable nacional.
- LL) Estadística sanitaria.
- M) Libre elección de centro.
- N) Centros equilibrados.
- Ñ) Acción preventiva del hospital.

PLAN PILOTO DE REGIONALIZACIÓN HOSPITALARIA

La regionalización hospitalaria forma parte de la moderna doctrina hospitalaria internacional. Surge frente a la necesidad de distribuir los hospitales de manera razonable sobre la superficie del país y consiste en la creación de una red hospitalaria, cuyos centros se hallen separados entre sí de 20 a 50 kilómetros. La regionalización hospitalaria divide al país en zonas homogéneas y crea un sistema jerárquico coordinado que enlaza y relaciona unos hospitales con otros. Junto al concepto de regionalización surge el de jerarquía, por el que los hospitales se dividen, según la complejidad de las formas de asistencia que prestan, en: rural, local, comarcal, subregional o de distrito, y regional.

En España, el I Plan General de Regionalización Hospitalaria fue encargado para Cataluña y Baleares por don José María de Muller y Abadal, presidente de la Diputación de Barcelona. El Plan, publicado en 1969, fue dirigido por el Dr. Carlos Soler Durall y realizado por el Dr. Ignacio Aragón y por D. José Artigas.

El Plan Piloto, que resumimos muy brevemente, se propone la cobertura de una primera fase, durante el III Plan de Desarrollo, en lo que concierne a asistencia hospitalaria general de enfermos agudos, en instituciones jerarquizadas y asistencialmente complementarias que sirvan de base a una red elemental de regionalización hospitalaria a la que ir posteriormente integrando los recursos preexis-

tentes mediante su oportuna actualización. Realizada en su día esta integración, procederá el replanteo de necesidades y la creación de instituciones que de él se desprendan.

OBJETIVOS GENERALES

1.º Incrementar en un 1,3 por mil el complemento de camas hospitalarias de la V Región. Es decir: construir 6.300 camas.

2.º Distribuir geográficamente las mencionadas 6.300 camas de forma que constituya una Red Hospitalaria integrada.

3.º Crear un Ente Regional en el que centrar la autoridad necesaria.

MEDIOS ESTRUCTURALES

1.º Creación del Ente Regional o Consejo Regional de Hospitales con su correspondiente gerencia.

2.º Dotación del presupuesto de sostenimiento del Ente Regional por esfuerzo mancomunado y proporcional de las entidades locales directamente afectadas, más las contraprestaciones por servicios facturables. Dotación anual: 20.000.000 de pesetas.

3.º Creación de la Sede del Ente Regional, en cuyo edificio existirán además las estructuras educacionales, centro de documentación, organismos directivos, equipos técnicos asesores, Centro de informática regional. Coste: 30.000.000 de pesetas.

RECURSOS ECONÓMICOS. DESTINO Y PROCEDENCIA

	Ente	Hospitales	Total
	(Millones de pesetas)		
A) CREACIÓN			
1. Estado	30	1.075	1.105
2. Hospitales Promotores	—	800	800
3. Mancomunidad de Entidades de Administración Local de la zona de influencia	—	800	800
4. Inversión social ahorro, Cooperativas, Mutualidades, Agencias voluntarias, Donaciones	—	1.695	1.695
	<u>30</u>	<u>4.370</u>	<u>4.400</u>
B) POTENCIACIÓN			
1. Estado	—	312	312
C) FUNCIONAMIENTO ENTE REGIONAL			
1. Estado	20	—	20
2. Diputaciones	40	—	40
3. Entidades locales de la zona de influencia	20	—	20
	<u>110</u>	<u>4.682</u>	<u>4.792</u>

¹ De la aportación del doctor Carlos Soler Durall a la Ponencia *Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo*.

CENTROS HOSPITALARIOS Y ASISTENCIA HOSPITALARIA

(Ley aprobada por el Parlamento el 8 de febrero de 1968)

Por el doctor RAMÓN FERRERÓ, O. H.

INTRODUCCIÓN A LA LEY ITALIANA DE HOSPITALES

Por la actualidad de la misma, y por tener muchos puntos de contacto con la Ley española de Hospitales, reproducimos a continuación la Ley italiana de Hospitales.

En ella se marcan solamente las líneas directrices de la reforma que se está llevando a cabo en Italia, pero que completada con una serie de disposiciones adicionales están transformando la asistencia hospitalaria del país vecino.

Creemos que será de utilidad para los lectores de Labor Hospitalaria dado que muchas de sus normas son perfectamente aplicables a nuestras instituciones hospitalarias en proceso de rápida transformación hoy día.

Título I

EL CENTRO HOSPITALARIO

Art. 1

Asistencia hospitalaria pública

La asistencia pública hospitalaria se desarrolla a favor de todos los ciudadanos italianos y extranjeros exclusivamente en los centros hospitalarios.

La asistencia hospitalaria se realiza también según lo previsto en las disposiciones pertinentes, en los hospitales psiquiátricos y en otros institutos de cuidados para enfermedades mentales, en los institutos de reposo y cuidados reconocidos con carácter científico por decreto del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Enseñanza, así como en las clínicas privadas, previstas en el capítulo VII de la presente ley. Para los Institutos reconocidos con carácter científico, se aplicarán, por la parte asistencial, las normas de la presente ley.

Por otra parte, la asistencia hospitalaria se realiza en las clínicas e institutos universitarios de reposo y cuidados, a los cuales, observando lo previsto para los mismos en las disposiciones particulares, se aplican, limitando al ejercicio de la actividad asistencial, las normas de la presente ley.

Por otra parte, las fundaciones y las asociaciones reseñadas en el artículo 12 y siguientes del código civil que se dedican institucionalmente al asilo y cuidado de los enfermos, con tal que posean los requisitos prescritos por

la ley, pueden obtener, a petición, el reconocimiento como centros hospitalarios públicos.

Salvada la vigilancia técnico-sanitaria por parte del ministerio de la salud, nada se ha cambiado en las disposiciones vigentes en lo que respecta al régimen jurídico-administrativo de los institutos y centros eclesiásticos civilmente reconocidos que ejercen la asistencia hospitalaria.

Los institutos y los centros de que se trata en el párrafo quinto, con tal que posean los requisitos prescritos en la presente ley, pueden obtener, a petición, que sus hospitales sean clasificados en una de las categorías que señalan los artículos 20 y siguientes con el fin de que les sean aplicadas las disposiciones contenidas en el título IV de la presente ley.

Art. 2

Concepto y tarea del centro hospitalario

Son centros hospitalarios los centros públicos que institucionalmente atienden a la asistencia y al cuidado de los enfermos.

Ellos prestan el cuidado médico, de cirugía general y de especialidad; participan en la defensa activa de la salud en coordinación con la actividad de otras instituciones sanitarias locales; contribuyen a la preparación del personal sanitario y técnico; promueven la educación higiénico-sanitaria del enfermo y de su núcleo familiar, valiéndose del propio personal sanitario.

Los centros hospitalarios, teniendo en cuenta los límites que se derivan de la especialización del hospital o de las

particulares exigencias técnicas unidas a la forma morbosa que se presenta, tienen la obligación de acoger, sin previo convenio particular o petición de documentación, a los ciudadanos italianos o extranjeros que necesitan de cuidado urgente hospitalario por enfermedad, o accidente, o por maternidad.

Sobre la necesidad de la admisión decide el médico de guardia. Las averiguaciones en orden a la retribución de los gastos por la asistencia, son posteriores a la admisión, quedando en vigor las normas vigentes al respecto.

Se puede, también, establecer fuera del recinto del hospital, ambulatorios, dispensarios, consultorios, centros para cuidado y prevención de enfermedades sociales y de trabajo, centros para recuperación funcional, y completar la investigación científica y médico-social en orden a conseguir los fines institucionales.

La facultad prevista en el párrafo anterior debe ejercerse en el cuadro de las prescripciones del plan regional hospitalario y en aplicación de las normas del apartado tercero del artículo 29.

Art. 3

Constitución de los centros hospitalarios

Las instituciones públicas de asistencia y beneficencia y los otros centros públicos que, al momento de entrar en vigor la presente ley, se dedican exclusivamente a la asistencia y cuidado de los enfermos, son reconocidos por derecho como centros hospitalarios.

Se constituyen también en centros hospitalarios todos los hospitales pertenecientes a entidades públicas que tienen como objeto la asistencia hospitalaria además de otros fines diversos.

Para el trato tributario los centros hospitalarios se equiparan a la administración del Estado.

Art. 4

Reconocimiento de los centros hospitalarios existentes

Los centros públicos de que trata el primer párrafo del artículo precedente son declarados centros hospitalarios por decreto del Presidente de la Región previa deliberación de la Junta regional y oído el parecer del Consejo Provincial de Sanidad.

En el mismo decreto se indica la composición del consejo de administración según lo dispuesto en el artículo 9.

El decreto del presidente de la región debe hacerse público dentro de los seis meses de la entrada en vigor de la presente ley.

Art. 5

Constitución de los centros hospitalarios... mediante separación de hospitales de centros públicos

Los hospitales a que se refiere el segundo párrafo del artículo 3 se constituyen en centros hospitalarios por decreto del presidente de la Región bajo deliberación de la junta regional. Cuando los hospitales que dependen de un centro público sean dos o más, se constituye un centro hospitalario único por cada grupo de hospitales ubicados o en la misma provincia o en la misma región, según

exigencias de la asistencia hospitalaria local, y según las indicaciones del plan hospitalario nacional.

En cada provincia se constituye una comisión compuesta por el presidente del tribunal de cabeza de distrito provincial o por un juez delegado por aquel como presidente, por el médico provincial, por el delegado de hacienda, por el ingeniero jefe de la oficina de ingenieros civiles, por dos representantes del centro público del cual dependía el hospital, a fin de proceder a la separación y al inventario de los bienes que se transfieren al centro hospitalario. Esta comisión es nombrada por decreto propio del médico provincial.

El patrimonio del nuevo centro queda constituido por los edificios dedicados a la asistencia y cuidado de los enfermos, por todos los enseres que en acta son destinados al funcionamiento del hospital o de los hospitales y por otros bienes destinados institucionalmente a beneficio del hospital o de los hospitales.

Los informes jurídicos relativos a la actividad hospitalaria pasan al nuevo centro.

El patrimonio del nuevo centro viene determinado en el decreto del presidente de la región.

En el término de dos meses de la publicación del decreto indicado en el párrafo primero el médico provincial nombra un comisario para la gestión provisional del centro, señala la composición del consejo de administración según lo dispuesto en el artículo 9 y promueve su constitución, para realizarse dentro de los seis meses de la fecha del nombramiento del comisario.

Si los hospitales de que trata el segundo párrafo del artículo 3 no son administrados directamente por una entidad pública, quedan comprendidos en el centro al cual se ha confiado la gestión con tal de que éste tenga los requisitos propios de centro hospitalario.

Art. 6

Constitución, fusión y concentración de nuevos centros hospitalarios por parte de la Región

La región promueve y realiza la constitución de nuevos centros hospitalarios y la fusión o la concentración de centros hospitalarios existentes, según previsión del plan regional hospitalario.

El centro hospitalario se constituye por decreto del presidente de la región y con acuerdo deliberativo de la junta regional.

Título II

ESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

Art. 7

Estructura del centro hospitalario

Cada centro hospitalario comprende uno o más hospitales, los cuales están dotados de servicios sanitarios funcionalmente autónomos, aunque estén situados en regiones diversas cuando se trata de hospitales especializados.

Art. 8

Órganos del Centro Hospitalario

Son órganos del centro hospitalario el consejo de administración, el presidente, el colegio de inspectores y el consejo de los sanitarios o bien el consejo sanitario central.

Art. 9

Consejo de administración

El consejo de administración del centro hospitalario, que comprende por lo menos un hospital regional, se compone:

- 1) de sus miembros elegidos por el consejo regional con papeletas limitadas a cuatro nombres;
- 2) de un miembro elegido por el consejo del ayuntamiento del pueblo donde radica el centro hospitalario;
- 3) para los centros hospitalarios declarados tales a tenor del artículo 4 de la presente ley, de dos miembros en representación de los intereses originarios del centro, designados y nombrados en el modo previsto por los respectivos estatutos y carta de fundación y, para los centros hospitalarios constituidos a tenor del artículo 5, de dos miembros designados por el centro público al cual pertenecían originariamente el hospital o los hospitales.

El consejo de administración del centro hospitalario, que comprende al menos un hospital provincial se compone:

- 1) de cinco miembros elegidos por el consejo provincial de la Provincia donde radica el centro hospitalario, con papeletas limitadas a tres nombres;
- 2) de dos miembros elegidos por el ayuntamiento del pueblo donde radica el centro hospitalario;
- 3) para los centros hospitalarios declarados tales a tenor del artículo 4 de la presente ley, de dos miembros en representación de los intereses originarios del centro, designados y nombrados en el modo previsto por los respectivos estatutos y carta de fundación y, para los centros hospitalarios constituidos a tenor del artículo 5, de dos miembros designados por el centro público al cual pertenecían originariamente el hospital o los hospitales.

El consejo de administración del centro hospitalario que comprende uno o más hospitales de zona se compone:

- 1) de un miembro elegido por el consejo provincial de la provincia en que radica el centro hospitalario.
- 2) de tres miembros elegidos por el consejo del ayuntamiento del pueblo donde radica el centro hospitalario, con papeletas limitadas a dos nombres.
- 3) de un miembro elegido por cada uno de los consejos de los ayuntamientos de los pueblos en los que radican los hospitales dependientes del centro.
- 4) para los centros hospitalarios declarados tales a tenor del artículo 4 de la presente ley, de dos miembros en representación de los intereses originarios, designados y nombrados en el modo previsto por los respectivos estatutos y carta de fundación y, para los centros constituidos a tenor del artículo 5, de dos miembros designados por el centro público al cual pertenecían originariamente el hospital o los hospitales.

Los componentes del consejo de administración de los centros hospitalarios de que se trata en el primer párrafo del presente artículo, deben ser elegidos entre personas extrañas al consejo regional.

Participan en la reunión del consejo de administración

con voto consultivo *el delegado* sanitario, y en su ausencia, el director sanitario y el director administrativo.

El director administrativo desempeña el oficio de secretario.

El consejo médico ha de ser escuchado obligatoriamente en todos los casos en que ocurra decidir sobre cuestiones que interesan a la vida interna del hospital, exclusivamente en los aspectos sanitarios, en la reglamentación de los servicios sanitarios y en el tratamiento del enfermo.

El consejo de administración permanece en su oficio durante cinco años.

Nada se ha cambiado en relación al estatuto y a la carta de fundación en lo que respecta a la composición del consejo de administración del hospital Galliera de Genova.

Al presidente y a los componentes del consejo de administración corresponde una indemnidad de función, determinada en los modos de la ley de la región, teniendo en cuenta la clasificación y la importancia del centro hospitalario.

En caso de fusión o concentración de más centros hospitalarios, en el consejo de administración de la nueva entidad entra a formar parte un representante de los intereses originarios de cada uno de los centros que se fusionan o concentran. Donde la fusión o concentración sea entre tres o más centros hospitalarios, los miembros elegidos por el consejo regional, para los centros que comprenden hospitales regionales, por el consejo provincial, para los centros que comprenden hospitales provinciales, y por el consejo del ayuntamiento del pueblo donde radica el centro que comprende hospitales de zona, son aumentados en número necesario para mantener inalterada la relación entre el número total de los representantes elegidos y el de los representantes de los intereses originarios, según establecen otras disposiciones del presente artículo; si en la operación resta una fracción, esta se añade a la unidad superior. Los consejos regionales, provinciales o locales proceden a la votación con papeletas limitadas a la mitad más uno, o, si el número es impar, a la mitad redondeada con el número par inmediatamente superior, del número de representantes a elegir.

Art. 10

Funciones del consejo de administración

El consejo de administración decide el reglamento y todo lo relacionado con el gobierno del centro hospitalario.

El reglamento debe indicar que corresponde al consejo de administración:

- a) decidir las modificaciones del reglamento;
- b) decidir sobre el cumplimiento de lo prescrito en el plan regional hospitalario;
- c) deliberar sobre la regulación orgánica del personal y sobre la correspondiente planificación orgánica;
- d) determinar la regulación de cuanto se refiere al servicio sanitario interno y externo, al servicio administrativo, a los servicios generales y similares;
- e) determina el presupuesto y aprueba la suma de ganancias y pérdidas, determina también el destino de las nuevas y mayores entradas y la transferencia de fondos de ejercicio a ejercicio;
- f) determina la nómina y la admisión del personal del centro hospitalario;
- g) determina la enajenación y la adquisición de inmue-

bles, de títulos de la deuda pública, de títulos de crédito, de acciones industriales, la aceptación de donaciones, herencias y legados así como la estipulación de los contratos;

h) delibera sobre los recursos y sobre las acciones judiciales, sobre pleitos activos y pasivos así como de las correspondientes transacciones;

i) determina el costo de estancia del enfermo en conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, así como las tarifas de los particulares;

j) determina la nómina del tesorero así como todos los convenios relacionados con el centro hospitalario;

k) realiza los contratos de alquiler y arriendo de los inmuebles, de duración superior a tres años;

l) determina todas las disposiciones confiadas al consejo de administración, de las leyes, de los reglamentos, de los estatutos así como las disposiciones que señala el último párrafo del artículo 40.

Para la validez de la sesión del consejo de administración se requiere la presencia de la mayoría de los componentes.

El consejo de administración decide válidamente por mayoría de los presentes, menos cuando se trata de estudiar el contenido del apartado a) del segundo párrafo del presente artículo, para lo cual se requiere la mayoría de los componentes del consejo.

En caso de igualdad de votos decide el voto del presidente. En el libro de actas debe darse cuenta del voto consultivo expresado por los miembros según indica el párrafo quinto del artículo 9.

Art. 11

Nombramiento y funciones del presidente

El consejo de administración elige al presidente de entre los componentes del mismo.

El presidente representa legalmente al centro hospitalario, convoca y preside el consejo de administración, pone en ejecución las deliberaciones, firma las escrituras que comportan obligaciones a la entidad, se interesa por el buen funcionamiento del centro hospitalario y ejercita las otras atribuciones contenidas en las leyes, el reglamento y los estatutos, que no sean de la competencia del consejo de administración. Asume del mismo modo las medidas ordinarias y extraordinarias de urgencia en materia de competencia del consejo de administración, necesarias para garantizar el funcionamiento del centro, sometiéndolas a aprobación del consejo en la primera reunión.

Todos los acuerdos del centro hospitalario deben ser refrendados por el secretario general o director administrativo que participa en la responsabilidad de los administradores a norma del artículo 32, párrafo último, de la ley del 17 de julio de 1890, n. 6972. De tal responsabilidad queda exonerado en los casos en que haya hecho constar expresamente su disenso y pueda demostrar de haber cooperado en los acuerdos siguiendo solamente una explícita invitación.

Art. 12

Consejo de revisores

El consejo de revisores, con función de vigilancia sobre la actividad administrativa del centro hospitalario, se compone de un representante del ministerio del tesoro con fun-

ciones de presidente y de un representante por cada uno de los ministerios de Salud, de Trabajo y de la Previsión Social nombrados por los respectivos ministros, así como de un representante de la Región, nombrado por la junta regional.

Art. 13

El consejo médico y el consejo médico central

En los centros hospitalarios de los que depende un solo hospital se instituye el consejo médico, presidido por el director médico y compuesto del siguiente modo:

1) de los jefes que encabezan el servicio en el centro hospitalario y si éste comprende institutos clínicos universitarios de asistencia y cuidados, de los directores de los mismos;

2) de los ayudantes y adjuntos en número igual y no superior en total a los dos quintos de los componentes del consejo, elegidos en asambleas distintas de ayudantes y adjuntos de turno del centro hospitalario, así como de los adjuntos de turno de los institutos clínicos universitarios, donde existan. Cuando el número total de los ayudantes y adjuntos a elegir sea dispar, la diferencia es a favor de los ayudantes;

3) del director de farmacia en servicio del centro hospitalario, donde exista.

En los centros hospitalarios de los que dependen dos o más hospitales e institutos se establece el consejo sanitario central, que es presidido por el intendente sanitario y se compone de los jefes, ayudantes y adjuntos y de los directores de farmacia en servicio del centro hospitalario, donde existan, según las normas previstas en el apartado anterior, además de los directores sanitarios de cada hospital.

El consejo de los sanitarios y el consejo sanitario central permanece en su cargo cinco años.

Art. 14

Funciones del consejo médico y del consejo médico central

El consejo médico o el consejo médico central es el órgano de consulta técnica del consejo de administración y expresa su parecer:

a) sobre la adquisición de aparatos científicos que revisten particular importancia diagnóstica y terapéutica;

b) sobre las deliberaciones a adoptar, en los aspectos exclusivamente sanitarios, por el consejo de administración referentes a los estatutos, al reglamento del personal y al plan orgánico y sobre las normas referentes a la organización de los servicios sanitarios del centro;

c) sobre la evaluación, fundación, supresión o modificación de los departamentos y sobre la fijación de las tarifas por la prestación médico-quirúrgica.

Expresa por otra parte el parecer sobre cada una de las cuestiones que le son propuestas por el presidente del centro, por el intendente o por el director sanitario o por un quinto de los componentes, y puede formular propuestas para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios.

El presidente del centro hospitalario tiene facultad de intervenir en las sesiones del consejo médico o del consejo médico central y se le debe comunicar con anticipación la fecha de las reuniones.

Art. 15

Alta inspección

El ministerio de Sanidad, respetando la propia competencia de las Regiones, ejercita la suprema vigilancia y control sobre los centros hospitalarios a fin de tutelar los intereses sanitarios del Estado.

A este fin, el Ministerio de Sanidad tiene el poder de vigilar sobre la actividad sanitaria que desarrollan los centros sanitarios en beneficio del interés de la salud pública.

El Ministerio de Sanidad ejerce la suprema vigilancia sobre los institutos públicos de asistencia y salud previstos en el artículo 1, excluyendo los hospitales psiquiátricos, en lo concerniente a su funcionamiento higiénico-sanitario y a tal fin puede adquirir todas las informaciones y llevar a cabo las oportunas indagaciones e inspecciones a través de los médicos provinciales.

Art. 16

Vigilancia y tutela

La vigilancia y la tutela sobre los centros hospitalarios regionales se realiza a norma de las disposiciones contenidas en el capítulo tercero, título quinto de la ley del 10 de febrero de 1953, n. 62, reemplazando el médico provincial a la administración provincial.

El comité previsto en el artículo 55 y las especiales secciones del mismo previstas en el artículo 56 de la citada ley se integran por el médico provincial respectivamente del distrito y de la provincia.

Se someten a inspección del comité las deliberaciones de los estatutos, las previstas en las letras a), b), c), d), e), g), e i) del precedente artículo 10 y en el último párrafo del artículo 40, así como las deliberaciones relativas a los contratos de alquiler de duración superior a nueve años.

Art. 17

Suspensión y disolución del consejo de administración

El consejo de administración del centro hospitalario puede ser disuelto por decreto del presidente de la Región bajo deliberación de la junta regional, oído el parecer del médico provincial, en caso de dimisión de la mayoría del consejo, o cuando este viole constantemente, a pesar de ser advertido, los estatutos, las normas de la ley, del reglamento o las prescripciones del plan hospitalario nacional o regional.

En el mismo decreto viene nombrado un comisario extraordinario para las gestiones provisionales del centro.

El consejo de administración debe constituirse en el término de seis meses de la notificación del decreto de rescisión al consejo disuelto.

Art. 18

Alta vigilancia sobre los centros e institutos eclesiásticos que ejercen asistencia hospitalaria

El Ministerio de la Salud ejerce la suprema vigilancia también sobre los institutos y centros eclesiásticos de que trata el artículo 1, párrafo último, que han obtenido la clasificación de uno o más hospitales que se subordinan

a una de las categorías referidas en los artículos 20 al 25, en orden a la observancia y puesta en práctica de las normas establecidas por los organismos de programación.

Los comités de programación están obligados a consultar a un representante de los centros o institutos indicados en el párrafo anterior, al objeto de redactar los planos hospitalarios.

Título III

REQUISITOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES

Art. 19

Requisitos de los hospitales

Los hospitales, con el fin de satisfacer las exigencias de la higiene y de la técnica hospitalaria, deben tener por lo menos:

- a) un servicio de admisión con las necesarias disposiciones para la higiene de los enfermos, y locales adecuados para la observación de los enfermos, divididos por sexos;
- b) locales idóneos de hospitalización de los enfermos según la naturaleza de los tratamientos, del sexo y de la edad;
- c) locales separados para aislamiento y cuidado de enfermos contagiosos;
- d) servicios especiales de radiología y análisis;
- e) servicios especiales de transfusión y de anestesia;
- f) biblioteca y sala de reuniones para los sanitarios;
- g) servicios de desinfección, lavandería, ropería, baños, cocina, despensa;
- h) servicio de urgencias con medios adecuados de transporte;
- i) consultorios también para los cuidados post-hospitalarios de los que han sido dados de alta, para la actividad de la medicina preventiva y de la educación sanitaria en coordinación con las otras instituciones sanitarias de la zona;
- j) servicio de asistencia religiosa;
- k) cámara mortuoria y de autopsias según las prescripciones del reglamento de la policía de servicio mortuario y de la local.

Según se cumplan los requisitos previstos en el presente artículo y en los artículos 20 al 25, reconocidos por el médico provincial competente del territorio, oído el consejo provincial de sanidad, la junta regional clasifica al hospital, otorgándole la correspondiente calificación.

Art. 20

Categoría de los hospitales

Los hospitales son generales y especializados, para largas estancias y para convalecientes.

Los hospitales generales se clasifican en las siguientes categorías:

- a) hospitales de zona;
- b) hospitales provinciales;
- c) hospitales regionales.

Los hospitales generales proveen a la asistencia y cuidado de los enfermos en departamentos de medicina general, cirugía general y de especialidad.

Los hospitales especializados proveen a la asistencia y cuidado de los pacientes con enfermedades que entran en una o más especialidades oficialmente reconocidas.

Para la especialidad no oficialmente reconocida la calificación de hospital especializado viene determinada por decreto del Ministro de Sanidad, oído al consejo superior de sanidad.

Art. 21

Hospitales generales de zona

Son hospitales generales de zona aquellos que están dotados de distintas secciones de medicina y cirugía, y al menos de una sección de pediatría y de otra de obstetricia y ginecología y de servicios especiales, así como de ambulatorios para otras especialidades médico-quirúrgicas más comunes.

El plan regional hospitalario puede prever en estos hospitales, en relación con las exigencias particulares de algunas zonas, secciones de ortopedia y traumatología.

Art. 22

Hospitales generales provinciales

Son hospitales generales aquellos que están dotados de distintas secciones de medicina general, cirugía general, obstetricia y ginecología, pediatría, ortopedia y traumatología; de distintas secciones o servicios de oculista, otorrinolaringología, urología, neurología, dermosifilopatía, odontología y estomatología, enfermedades infecciosas, geriatría y para enfermos crónicos, a no ser que algunas de dichas especialidades sean atendidas en hospitales especializados más próximos. Los hospitales generales provinciales deben además estar dotados de servicios de: radiología y fisioterapia; anatomía e histología patológica; análisis químico-clínicos y microbiología; anestesia y reanimación con camas de hospitalización; farmacia interna.

Pueden además estar provistos de: servicios de recuperación y reeducación funcional, de neuropsiquiatría infantil, de dietética, de asistencia sanitaria y social, de medicina legal y de seguros sociales; escuelas para enfermeras profesionales y escuelas para enfermeras auxiliares y otras escuelas para el adiestramiento de personal auxiliar y técnico. Cada hospital general deberá prever en cada caso la creación de uno o más de los servicios mencionados o de otros o de escuelas que se juzguen necesarias según las prescripciones del plan general.

Deben, además, cuidar de la asistencia de los convalecientes que han podido ser confiados a hospitales más cercanos.

Art. 23

Hospitales generales regionales

Los hospitales regionales, que deben servir a una población no menor de un millón de habitantes, son aquellos que, por la organización técnica, por la dotación instrumental diagnóstica y terapéutica y por la prestación que son capaces de asegurar, trabajan principalmente en alta especialización.

Ellos, además de contar con la unidad de asistencia y cuidados y con los servicios previstos para los hospitales

provinciales, deben disponer por lo menos de tres secciones de alta especialización médica o quirúrgica, como cardiología, cardiocirugía, hematología, neurocirugía, cirugía plástica, cirugía torácica u otras especialidades reconocidas por el Ministerio de Sanidad, según las indicaciones contenidas en el plan regional hospitalario.

También los hospitales regionales deben poseer los servicios de bacteriología, de extracción y conservación de piezas de cadáver, de medicina legal y de seguros sociales; material suficiente para trabajar en la investigación científica y para contribuir a la preparación profesional y a la puesta al día del personal médico así como escuelas para el adiestramiento del personal auxiliar y técnico.

Cada región debe tener por lo menos un hospital regional.

Art. 24

Hospitales especializados provinciales y regionales

Los hospitales especializados se clasifican en hospitales provinciales o regionales ateniéndose a las indicaciones del plan regional hospitalario, según el número de camas de que dispone, del «hinterland» de servicio, de la organización técnica, de la dotación instrumental diagnóstica y terapéutica y de las características de la hospitalización.

Los hospitales especializados deben tener, además, servicios de consulta de medicina general y cirugía general y cada uno de los otros servicios previstos, según la correspondiente categoría del hospital general, en cuanto sean necesarios, teniendo en cuenta la naturaleza del hospital especializado.

Art. 25

Hospitales para enfermos de larga estancia y para convalecientes

Los hospitales para enfermos de larga estancia y para convalecientes se clasifican como hospitales de zona o provinciales en relación con las indicaciones del plan regional hospitalario, ateniéndose al número de camas del hospital, al «Hinterland» de servicio, así como a la organización técnica y a la dotación de instrumental y de diagnóstico que posee.

Los hospitales para crónicos y para convalecientes deben poseer también cada uno de los otros servicios previstos para la correspondiente categoría de hospital general, en cuanto sean necesarios a la naturaleza específica del hospital.

Título IV

PROGRAMACIÓN HOSPITALARIA

Art. 26

Ley de programación hospitalaria

Con ley del Estado, no superior en duración a la del programa económico nacional, quedarán establecidos, también con fines a la programación hospitalaria regional:

a) el presupuesto de las nuevas camas instaladas para el período de duración de la ley de hospitales así como

para las exigencias didácticas y científicas de la universidad;

b) la distribución de camas entre los distintos sectores de la actividad hospitalaria y los diversos niveles de organización funcional de la red hospitalaria nacional;

c) la distribución regional cuantitativa y cualitativa del presupuesto a que se refiere el apartado a);

d) los cocientes a aplicar para obtener sobre el plan nacional y regional, basándose en los resultados del cuadro médico nacional y de todos los componentes higiénico-sanitarios y socio-económico-culturales, la relación entre el número de camas y la población interesada, así como la distribución de las camas según las exigencias contenidas en el apartado b), teniendo en cuenta las previsiones de los planes urbanísticos;

e) los criterios organizativos y funcionales para poder realizar una buena coordinación entre los diversos directores que colaboran en la creación del sistema sanitario nacional.

En la ley a que hemos aludido quedarán también establecidos los medios de financiación que el Estado destina a la construcción de nuevos hospitales, a la ampliación, transformación y modernización de los ya existentes y a la adquisición de aparatos nuevos; coordina el concurso de las Regiones en esta misma actividad.

El proyecto de la ley de programación a que se refiere el apartado anterior es presentado al Parlamento por el Ministro de Sanidad de acuerdo con los Ministros de Presupuestos y de Programación Económica, del Tesoro y de Educación, en lo que atañe a su competencia. Sobre dicho esquema da también su parecer el Comité nacional de programación hospitalaria del cual trata el artículo 28 de la presente ley.

Art. 27

Plan nacional hospitalario

El Ministro de Sanidad, ateniéndose a las directrices del programa económico nacional, de la presente ley, de la ley de programación a que se refiere el precedente artículo 26 así como a las directrices del plan de coordinación a que se refiere la ley del 26 de junio de 1965, n. 717, para los territorios meridionales, recoge las indicaciones preparadas por cada región y elabora, de acuerdo con los ministros de economía, del tesoro, de trabajo y de educación, en lo que afecta a su competencia, el plan nacional hospitalario, previa consulta con el comité nacional de programación hospitalaria, a que hace referencia el siguiente artículo, y lo somete a aprobación del comité interministerial para programación económica. Dicho plan es promulgado por decreto del Presidente de la República a propuesta del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Educación, en lo que respecta a su competencia.

El plan nacional hospitalario, que se refiere al período de duración de la ley de programación, del que trata el precedente artículo 26, establece los criterios para el destino de los medios de financiación estatales, de los cuales trata el segundo apartado del artículo anterior y de los medios que disponen los centros hospitalarios a norma del artículo 34 de esta ley.

A tal fin, el plan:

a) determina la distribución regional cuantitativa y cualitativa de camas a establecer a expensas del Estado;

b) define los criterios territoriales y cualitativos para la utilización del fondo nacional hospitalario a que alude el artículo 33.

En el plan nacional hospitalario, por decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Educación, pueden introducirse, durante el quinquenio, por exigencias imprevistas bien reconocidas, variaciones en relación al presupuesto de camas establecido por la universidad.

Tales variaciones pueden comprender un aumento de camas no superior al 15 por ciento del presupuesto establecido por la universidad. A la financiación de los gastos ocurridos por tal excedencia se atiende con los fondos a disposición del Ministerio de Educación.

Art. 28

Comité nacional para la programación hospitalaria

El comité nacional para la programación hospitalaria es nombrado por el Ministro de Sanidad, que lo preside, y se compone:

a) de los asesores regionales de sanidad;

b) de tres expertos nombrados por el Ministro de Sanidad;

c) de tres representantes designados por las confederaciones generales de los laboratorios más representativos;

d) de cinco representantes de la administración hospitalaria designados por las respectivas federaciones nacionales;

e) de seis representantes de los médicos hospitalarios, de los cuales cuatro designados por las organizaciones sindicales más representativas y dos designados por la Federación de médicos, y además de un clínico universitario y de un asistente de turno universitario, designados por sus respectivas asociaciones.

f) de cuatro representantes de la unión de las provincias de Italia y de otro representante de la asociación nacional de los ayuntamientos de Italia;

g) de 14 representantes de la administración estatal interesada, de los cuales tres en representación respectivamente de los Ministerios de sanidad y de trabajo y de la previsión social, dos respectivamente de los ministerios de obras públicas y educación y uno respectivamente de los ministerios del interior, de presupuestos y programación económica, del tesoro y del Ministro para intervenciones extraordinarias de la zona meridional del país.

Desempeña las funciones de secretario un funcionario de la carrera directivo-administrativa del Ministerio de sanidad con cualificación no inferior a inspector general.

El comité permanece en sus funciones cinco años.

Art. 29

Plan regional hospitalario

Cada región programa sus propias intervenciones en el sector hospitalario de acuerdo con la ley de programación del plan quinquenal en los asuntos relativos a las materias sobre las que la región tiene potestad legislativa.

Dicha ley se conforma al programa económico nacional que ha sido elegido, así como a los principios de la presente ley y de la ley de programación a que se refiere el anterior artículo 26 y señala las previsiones de las intervenciones regionales relativas a la erección de nuevos hos-

pitales y a la transformación, modernización o supresión de los hospitales ya existentes en relación al presupuesto de camas para agudos, crónicos y convalecientes, a la eficiencia del montaje de los mismos y a las condiciones geográficas e higiénico-sanitarias de la población.

Del mismo modo, ninguna obra de construcción, ampliación, transformación, salvo adaptaciones debidas a exigencias de funcionalidad, podrá realizarse si no está prevista en dicha ley.

El plan prevé la existencia de al menos un hospital de zona con capacidad de servir a una población de 25.000 a 50.000 habitantes; de al menos un hospital provincial con capacidad de servir a una población hasta de 400.000 habitantes y de al menos un hospital regional para cada región.

La ley regional prevé la construcción de nuevos Centros hospitalarios la fusión y concentración de los ya existentes en relación con las exigencias del apartado anterior, teniendo además en cuenta los criterios más económicos en la gestión.

Ningún centro público, ni tampoco los centros o institutos eclesiásticos, que han obtenido la clasificación de hospitales según el sentido del último apartado del artículo I, podrá erigir nuevos establecimientos de hospitalización y cuidados que no estén previstos en la ley a que se refiere el apartado anterior, excepción hecha de la universidad, según lo previsto en el artículo 27, apartado último.

De la misma manera, ninguna obra de construcción, ampliación, transformación o modernización podrá ser realizada si no está prevista en dicha ley a excepción de los institutos y clínicas universitarias de hospitalización y cuidados en lo que hace referencia a transformaciones, modernizaciones y construcciones, con tal de que no comporten aumento de camas.

En la ley regional deben estar indicados los medios de financiación para la construcción de nuevos hospitales, ampliaciones, transformaciones o modernizaciones de los ya existentes y para la adquisición del equipamiento y su distribución en relación a los objetivos indicados en la misma ley para el sector hospitalario.

Cuando la Región no provea a cuanto dispone el presente artículo, el Ministro de Sanidad envía un delegado para convocar a estudio al consejo regional.

Art. 30

Comité Provincial de coordinación

En cada provincia debe establecerse un comité provincial de coordinación nombrado y presidido por el médico provincial y compuesto por los presidentes de los consejos de administración y por un representante de cada consejo médico de los centros hospitalarios existentes en la provincia, y donde exista, también de un representante de la facultad de medicina de la Universidad.

El comité tiene la obligación de coordinar la actividad hospitalaria en el ámbito de la provincia en relación con la actividad realizada en la misma por otros jefes sanitarios.

Art. 31

Financiación del plan regional hospitalario

En los presupuestos de cada región deben determinarse, en relación a los medios de financiación disponibles para el sector hospitalario en el plan quinquenal de las apor-

taciones regionales a que alude el artículo 29, las sumas necesarias para la construcción de nuevos hospitales, ampliación, transformación y modernización de los hospitales existentes, así como para la adquisición de nuevos utillajes.

La ejecución de las obras indicadas en el párrafo anterior se efectuarán según normas emanadas de la Región.

Título V

DISPOSICIONES FINANCIERAS PARA LOS CENTROS HOSPITALARIOS

Art. 32

Coste de estancia

El coste diario de estancia viene determinado mediante adecuada deliberación del consejo de administración de cada centro hospitalario.

El coste diario de estancia se realiza ateniéndose a los gastos complejivos que comporta la asistencia médica hospitalaria prestada a los enfermos.

El coste debe incluir todos los gastos del hospital para la retribución del personal dependiente, para el diagnóstico, la asistencia y el mantenimiento de los enfermos y para poder cumplir con las obligaciones previstas en el artículo 2, apartados primero y segundo, y 47 de la presente ley, así como otros gastos que se derivan de la asistencia hospitalaria.

El coste debe comprender también los gastos a cargo del centro hospitalario, inscritos en el presupuesto del año a los cuales se refieren los gastos de hospitalización por amortización, renovación y modernización de mobiliario hospitalario, los cuales no deben superar el cuatro por ciento de los costes determinados a norma de los precedentes apartados.

Los gastos de gestión de los centros para las enfermedades sociales y del trabajo no pueden suponer gravámenes sobre el costo de estancia en medida superior al 20 por ciento de su importe y al uno por ciento del total del costo.

Las asignaciones del coste hospitalario pueden, sólo hasta una vigésima parte de su total, ser cedidas en comisión para convenios de préstamos destinados a financiar las obras previstas en el artículo 34.

Para los hospitalizados en habitaciones especiales el Consejo de administración de cada centro hospitalario determina un coste diferenciado en cuanto a hospitalización y mantenimiento de los pacientes.

Las tarifas por las prestaciones profesionales respecto de los hospitalizados en salas especiales son, a lo sumo, como las previstas en la tarifa mínima nacional por prestaciones medico-quirúrgicas.

Art. 33

Fondo Nacional Hospitalario

En el estado de previsión de gastos del Ministerio de Sanidad quedará inscrito en el capítulo propio, el fondo nacional hospitalario.

El fondo es destinado a la concesión por parte del Ministerio de Sanidad de ayudas y subsidios a los centros

hospitalarios para la renovación de aparatos técnico-sanitarios de los hospitales y para el mejoramiento y modernización de los mismos en los casos en que la cuota de estancia prevista en el párrafo cuarto del artículo 32 no llegue a cubrir los gastos que se ocasionen, observando las normas del artículo 5 de la ley del 26 de junio de 1965, n. 717; así como al pago a cargo del Estado de las asignaciones a los médicos internos según las normas que recoge el artículo 47 de la presente ley.

Al gravamen que se deriva de la aplicación de la presente norma, calculado para 1967 en diez mil millones de liras, se hará frente mediante la reducción de una suma de igual cantidad del capítulo n. 5381, inscrito en el estado de previsión de gastos del Ministerio del Tesoro, para las medidas legislativas en curso.

El Ministro del Tesoro está autorizado a proveer, con decretos propios, las variaciones que surjan en el presupuesto.

Al fondo previsto en el artículo afluyen también asignaciones de donaciones, herencias y legados que llegan al Estado con destino a la asistencia hospitalaria.

El fondo nacional hospitalario se incrementa anualmente a partir de 1968 con sumas establecidas en la ley ordinaria de balances y destinada a la concesión por parte del Ministerio de sanidad de ayudas directas para afrontar las exigencias funcionales de los centros hospitalarios que se encuentran con necesidades particulares en relación con la finalidad a que se refiere el artículo 2.

Art. 34

Garantías para asumir préstamos

La caja de depósitos y préstamos y los centros e institutos públicos autorizados a conceder préstamos garantizados por procuración de acuerdo con los ayuntamientos y provincias, pueden conceder préstamos a los centros hospitalarios para la construcción de nuevos hospitales, ampliación, transformación y modernización de los ya existentes, adquisición de edificios ya construidos con tal que respondan a los requisitos exigidos por los hospitales, así como para la adquisición del mobiliario.

Por decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministro del Tesoro, se regularán las modalidades referentes a la concesión de las prestaciones.

Los centros de previsión son autorizados, en el límite de un diez por ciento del disponible invertido en bienes patrimoniales, a conceder préstamos a los centros hospitalarios.

Título VI

ORDENACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DEL PERSONAL

Art. 35

Estructura interna de los hospitales

Los hospitales quedan constituidos por secciones, departamentos, servicios especiales de diagnóstico y cuidados y servicios generales.

Art. 36

Estructura interna de los hospitales generales

En los hospitales generales la sección es la unidad funcional que debe comprender no menos de 25 y no más de 30 camas.

En los mismos hospitales las secciones de especialidad pueden comprender también un número de camas que en cada caso no puede ser inferior a 15. Estas secciones, si no existe el correspondiente departamento, son por lo regular agregados a un departamento afín.

El departamento se compone de dos o más secciones y comprende no menos de 50 y no más de 100 camas.

En los mismos hospitales los departamentos de especialidad pueden comprender también un número inferior de camas, pero nunca pueden ser menos de 30.

Los servicios de diagnóstico y cuidados suministran prestaciones especializadas y por norma general no disponen de camas de estancia, o disponen de un número que, de todos modos, no puede ser superior al previsto para las secciones de especialidad.

Art. 37

Estructura interna de los hospitales especializados

En los hospitales especializados las secciones deben comprender no menos de quince camas, y no más de 20.

En los mismos hospitales, los departamentos deben comprender no menos de 30 camas y no más de ochenta.

Art. 38

Estructura interna de los hospitales para los enfermos de larga estancia y convalecientes

En los hospitales para enfermos de larga estancia y para convalecientes, las secciones deben comprender no menos de 25 y no más de 30 camas.

En los mismos hospitales los departamentos deben comprender no menos de 80 y no más de 120 camas.

Art. 39

Personal de los centros hospitalarios

El personal de los centros hospitalarios consta de personal sanitario, administrativo, técnico, sanitario auxiliar, ejecutivo y de asistencia religiosa.

El personal sanitario está constituido por médicos y farmacéuticos.

El personal administrativo está constituido por el secretario general o director administrativo, por el personal dirigente.

El personal sanitario auxiliar está constituido por comadronas, asistentes sanitarios visitantes, enfermeros profesionales, vigilantes de infancia, asistentes sociales, fisioterapeutas, dietetistas, enfermeros generales y puericultores.

El personal técnico está constituido por técnicos especializados para laboratorios, investigación y diagnóstico, y terapia especial.

El personal ejecutivo está constituido por portacamillas, personal de cocina, de limpieza, de guardia y de otros servicios semejantes.

Pueden establecerse otros oficios especiales de personal sanitario y técnico con funciones directivas y auxiliares en relación con las exigencias de cada centro hospitalario.

El personal de asistencia religiosa está constituido por los ministros del culto católico, para la asistencia religiosa a los enfermos de confesión católica. Los enfermos de otra confesión tienen derecho a la asistencia de ministros de sus respectivas confesiones.

Art. 40

Normas referentes a la ordenación de los servicios de los centros hospitalarios y de los servicios de asistencia en los institutos y clínicas universitarias de hospitalización y cuidados

El Gobierno de la República, oído el parecer de una Comisión parlamentaria de 10 senadores y 10 diputados, nombrados respectivamente por el Presidente del Senado de la República y por el Presidente de la cámara de diputados, puede publicar, dentro de un año de la entrada en vigor de la presente ley, a propuesta del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro del Tesoro, y, en lo que atañe a su competencia, con el ministro de educación, previa consulta a las asociaciones sindicales de las clases interesadas, incluidos los representantes de los médicos y asistentes universitarios, y los representantes de la administración hospitalaria designados por la propia asociación, uno o más decretos con fuerza de ley ordinaria en las siguientes materias:

- 1) ordenamiento interno de los servicios hospitalarios;
- 2) ordenamiento interno de los servicios de asistencia de las clínicas y de los institutos universitarios de hospitalización y cuidados;
- 3) estado jurídico de los dependientes de los centros hospitalarios, excepción hecha de cuanto establece el siguiente apartado.

Las relaciones de trabajo, en lo que respecta al salario y a las normas de carácter económico, son establecidas, previo acuerdo nacional entre los sindicatos y las asociaciones representantes de los centros hospitalarios, por cada centro hospitalario, cuyas deliberaciones quedan sujetas al control de la ley.

Art. 41

Principios y criterios directivos para la ordenación de los servicios hospitalarios

Las normas a que hace referencia el artículo 40 concernientes a la ordenación interna de los servicios deben regular:

- a) la admisión y alta de los enfermos inspirándose en el principio de la obligatoriedad de hospitalización en el caso de que sea certificada su necesidad y de posibilidad de recurso por parte del enfermo;
- b) la relación numérica entre el personal sanitario y las camas inspirándose en el principio de que se asegure una adecuada y continua asistencia según la categoría y el tipo de hospital;

c) la organización y distribución de los servicios hospitalarios, inspirándose en el principio de mejor cumplimiento de las exigencias de cuidados y funciones medico-sociales atribuidas a los hospitales, y en la necesidad de asegurar la dirección, coordinación y control de los servicios y de cualquier otra actividad hospitalaria.

Art. 42

Principios directivos de la situación jurídica del personal

Las normas del artículo 40 referentes a la admisión y el estado jurídico del personal dependiente de los centros hospitalarios deben establecer la disciplina fundamental de las relaciones de trabajo, inspirándose en los siguientes principios:

- 1) las admisiones deben realizarse exclusivamente por concurso público en el límite de la plantilla del hospital; solamente puede derogarse esta cláusula para la admisión del personal mecánico. Los consejos de administración de los centros hospitalarios tienen la facultad de contratar con las Órdenes Religiosas para servicios especiales y con personal idóneo a las funciones que se les asigne;
- 2) la situación jurídica y las atribuciones han de ser reguladas con criterios uniformes y de acuerdo con los principios de la ley vigente que regula las relaciones de los empleos públicos; a estos criterios debe atenderse el reglamento del personal de cada centro hospitalario.

En cada caso tienen que ser reconocidas las situaciones jurídicas y económicas adquiridas por el personal que está ya en servicio.

Art. 43

Principios y criterios para la situación jurídica y el trato económico del personal sanitario médico dependiente de los centros

Las normas del artículo 40 deben regular también la admisión y la situación jurídica de los médicos divididos en dos categorías: médicos con funciones higiénico-organizativas, es decir, inspectores sanitarios, vicedirectores sanitarios, directores y sobreintendentes sanitarios, y médicos con funciones de diagnóstico y cuidados, es decir, asistentes, adjuntos y primarios, ateniéndose a los siguientes principios:

- a) la admisión en cada centro hospitalario debe realizarse exclusivamente mediante concurso público por títulos, determinados con criterios uniformes, así como mediante exámenes consistentes en una relación escrita sobre un caso clínico y en pruebas prácticas; las actas del concurso y las evaluaciones pueden estar al alcance de los que tengan interés en conocerlas.

La puntuación a cargo de la comisión examinadora será fijada teniendo en cuenta los títulos en sus tres quintas partes y las pruebas de exámenes en sus dos quintas partes. A este concurso son admitidos aquellos que han superado una prueba de idoneidad, igual para todas las categorías del hospital y para cada calificación y especialidad, ateniéndose a bases nacionales para los primarios y directores sanitarios y a bases regionales para los otros sanitarios. La

admisión de sobreintendentes tiene lugar exclusivamente mediante concurso por títulos entre los directores y vicedirectores y los inspectores sanitarios, los primarios, los adjuntos y los asistentes de turno a la entrada en vigor de las normas del presente artículo pueden presentarse directamente a concursos para puestos de igual calificación y especialidad en otros centros hospitalarios de la misma categoría.

b) a los exámenes de idoneidad para directores y vicedirectores sanitarios son admitidos los médicos, después de un determinado número de años de médico y de ejercicio como médico en los hospitales, en las clínicas universitarias o en los institutos universitarios de higiene o en alguna administración del Estado o de centros públicos expresamente determinados, que han obtenido la idoneidad de inspectores; a los exámenes de idoneidad para inspectores son admitidos los médicos habilitados para el ejercicio profesional. A los exámenes de idoneidad para primarios son admitidos los médicos después de un determinado número de años de médico y de ejercicio en calidad de adjunto o de asistente en los hospitales o en las clínicas universitarias; a los exámenes de idoneidad para adjuntos son admitidos los médicos después de un determinado número de años como médico y de ejercicio en calidad de asistente en los hospitales o en las clínicas universitarias; a los exámenes de idoneidad para asistentes son admitidos los médicos habilitados para el ejercicio profesional. El examen de idoneidad se hace mediante prueba escrita sobre temas o tesis escogidas por sorteo entre un elenco fijado y publicado por el Ministerio de Sanidad y comporta una puntuación de la prueba teniendo en cuenta los títulos del concurso local;

c) las comisiones para los exámenes anuales de idoneidad para directores, vicedirectores e inspectores sanitarios son nombradas anualmente por el Ministro de Sanidad y se constituyen por tres sobreintendentes o directores sanitarios, un profesor universitario de higiene con oficio o sin oficio y de un funcionario médico del Ministerio de Sanidad; las comisiones para los exámenes anuales de idoneidad para primarios, adjuntos o asistentes son nombradas anualmente por el Ministro de Sanidad y se constituyen por tres primarios entendidos en la materia, de los cuales uno designado por la Federación Nacional Médica, o competente para el territorio, mediante sorteo; por un profesor universitario de la materia, y si esto no es posible de materia afín, con oficio o sin él, y por un funcionario médico del Ministerio de sanidad. Las comisiones del concurso para la elección de sobreintendentes, directores, vicedirectores e inspectores sanitarios son nombradas por el consejo de administración y quedan constituidas por el presidente del centro hospitalario o por un delegado suyo, por dos sobreintendentes o directores sanitarios y por un profesor universitario de higiene con oficio o sin oficio y por un funcionario médico del Ministerio de Sanidad; las comisiones de concurso para la elección de primarios, adjuntos y asistentes son nombradas por el consejo de administración y quedan constituidas por el presidente del centro hospitalario o por un delegado suyo, por dos primario entendidos en la materia puesta a concurso, pertenecientes a hospitales de categoría igual o superior a la del hospital para el que ha sido publicado el concurso, de los cuales uno nombrado por el grupo de médicos competente para el territorio, mediante sorteo provincial, y de un profesor univer-

sitario con oficio o sin el, de la misma materia, o, cuando sea necesario para asegurar una elección efectiva, de materia afín o de materia que la comprenda, así como por un funcionario médico del Ministerio de Sanidad.

Los primarios de hospital y los profesores universitarios componentes de la comisión de examen serán elegidos por sorteo de un elenco fijado con criterios iguales. Los elencos de primarios de hospital y de profesores universitarios serán redactados por el Ministerio de Sanidad de acuerdo, en cuanto a los profesores universitarios, con el Ministerio de Educación; el sorteo se hará en el Ministerio de Sanidad para los exámenes de cariz nacional y regional y en el consejo de administración para los exámenes de cariz local;

d) la situación jurídica debe prever el «tiempo definido» con determinación de las obligaciones relativas, incluso para los médicos con funciones de diagnóstico y cuidados, y la incompatibilidad de hacer otros trabajos en centros públicos, o ejercer la profesión en clínicas privadas, consintiendo, no obstante, en las horas libres, el ejercicio profesional en el ámbito del hospital, dentro de unos límites rigurosamente determinados y con previsión de que una parte de la retribución debida al médico —retribución a establecer por el consejo de administración del centro, a propuesta del consejo médico y del consejo sanitario central— sea devuelta al centro. La administración del centro puede, a petición del médico, admitir el «tiempo completo». Las mismas normas que hacen referencia a la incompatibilidad de asumir otros trabajos en centros públicos o de ejercer la profesión en clínicas privadas, sirven para el personal sanitario médico dependiente de los hospitales clínicos o con convenios.

Las normas que limitan el ejercicio de la actividad profesional en las clínicas privadas, a que se refiere el párrafo anterior, se aplicarán, hasta fines del año 1975, solamente donde, a juicio de la administración interesada, conste la disponibilidad de locales apropiados y cualitativamente idóneos para el ejercicio de la actividad profesional, según normas que se publicarán en el decreto a que hace referencia el artículo 40, salvo la aplicación para todos los médicos de las disposiciones contenidas en el artículo 3 de la ley del 10 de mayo de 1964, n. 336;

e) en el cambio de un hospital a otro, el servicio prestado anteriormente por el personal hospitalario debe ser valorado por completo, a fines de aumentos periódicos de estipendio y de pagos de jubilación;

f) A los sanitarios de hospitales elegidos para cargos públicos se aplican las mismas normas que regulan la colocación en expectativa de los profesores universitarios.

Art. 44

Escuelas hospitalarias de especialización

En los hospitales regionales puede desarrollarse la actividad didáctica, a cargo del personal hospitalario cualificado, a nivel de la que se imparte en las escuelas universitarias para los médicos que desean especializarse; el trato económico del personal médico hospitalario docente no debe ser inferior al de las escuelas universitarias, teniendo en cuenta las disposiciones particulares que rigen en cada universidad y según modalidades que serán establecidas por decreto del Ministro de Educación de acuerdo con el Ministro de Sanidad, dentro de un año de la entrada en vigor de la presente ley.

Art. 45

Prácticas obligatorias

Para ser admitido al examen de Estado de habilitación para el ejercicio profesional, los licenciados en medicina y cirugía deben realizar un año de prácticas en calidad de médicos internos, en los institutos clínicos universitarios o en los hospitales regionales o en otros hospitales reconocidos para tal fin por decreto del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Educación.

Para los alumnos oficiales médicos que han frecuentado la escuela de sanidad militar de Florencia la duración de las prácticas en clínica médica y cirugía clínica, se reduce respectivamente en dos meses y un mes.

Art. 46

Puestos de internado

Durante las prácticas obligatorias a que se refiere el artículo 45, los licenciados en medicina y cirugía están autorizados para ejercer la actividad necesaria para la consecución de una preparación profesional adecuada bajo el control de los directores de las clínicas universitarias o de los primarios de los hospitales.

Por decreto de los Ministros de Educación y de Sanidad, los puestos de internado se repartirán en razón del 30 por ciento entre las clínicas universitarias y el 70 por ciento entre los hospitales regionales y los hospitales de que trata el artículo I. En el mismo decreto se establecerán las modalidades que afectan a la admisión para el internado y las prácticas que tienen que realizar.

Art. 47

Condiciones económicas y certificado de las prácticas realizadas

Los médicos admitidos para hacer las prácticas no tienen contrato de empleo y se atienen a los horarios fijados por los asistentes.

Tienen derecho a la manutención gratuita y a una asignación mensual que corre a cargo de la universidad cuando se trata de institutos clínicos universitarios administrados por la misma, o del centro sanitario; la cantidad será fijada en el decreto a que se refiere el artículo 40 y no podrá ser superior a la tercera parte del estipendio mínimo del médico asistente, excluida cualquier otra indemnización.

Las prácticas deben desarrollarse al menos durante cuatro meses en medicina y por tres meses respectivamente en cirugía y obstetricia y los dos meses restantes en otras especialidades médicas.

El certificado del cumplimiento de las prácticas será expedido por el rector de la universidad competente, oído el parecer de los directores de los institutos clínicos universitarios o del presidente del consejo de administración del centro hospitalario en el que presta las prácticas, a propuesta del director médico, oído el parecer de los primarios competentes.

Art. 48

Cobertura de los gastos

No tienen derecho a la asignación prevista en el artículo 47 los médicos que gozan de becas iguales o superiores a

dicha asignación. Si la beca es inferior a la asignación prevista, se les abonará la diferencia.

Los gastos para abonar las asignaciones pueden correr a cargo del Estado hasta un 65 por ciento haciendo uso del fondo nacional hospitalario previsto en el artículo 33, quedando el resto a cargo del centro hospitalario en el que realizan las prácticas, aunque estas se hagan en hospitales clínicos o en clínicas que tienen convenios con un centro hospitalario.

Para pagar las asignaciones a los internos de los institutos clínicos, directamente administrados por la universidad, el Ministro de Educación, por decreto propio, reparte anualmente entre las universidades las cantidades correspondientes para cubrir los gastos no subvencionados con el fondo hospitalario, retirando del fondo destinado a becas, siguiendo las indicaciones del artículo 32 de la ley del 31 de octubre de 1966, n. 942, hasta un importe máximo del 10 por ciento de dicho fondo.

Art. 49

Subcomisiones de examen de Estado para habilitación

Los primarios de los hospitales regionales y de los hospitales considerados idóneos para las prácticas médicas serán llamados a formar parte en los exámenes de Estado para habilitación en el ejercicio de la profesión de médico cirujano.

Art. 50

Convenios entre la universidad y los centros hospitalarios

Cuando, a la hora de estipular contratos entre la universidad y los centros hospitalarios, surgen contrastes u obstáculos no superables entre ambas partes o incluso en la reunión que aprueba los convenios por parte de la autoridad competente, cada decisión es confiada al Ministro de Educación y de Sanidad o, a petición de estos, al Comité interministerial para la programación económica.

Título VII

CLÍNICAS PRIVADAS

Art. 51

Requisitos a determinar por decreto del Ministro de Sanidad

Las clínicas privadas están sujetas a la vigilancia del Ministerio de Sanidad.

El Ministro de Sanidad, por decreto propio, oído el Consejo Superior de Sanidad, establece:

- a) las normas técnicas de construcción, los requisitos, el material y los servicios de que deben estar dotadas las clínicas privadas en relación con el tipo de cuidados que en ellas se realizan;
- b) las normas que coordinan los servicios y al personal;
- c) los requisitos necesarios para el ejercicio de «director médico responsable».

La denominación de las clínicas privadas debe estar siempre precedida o acompañada de la indicación «casa di cura privata»: no deben usarse frases o denominaciones

aptas para engendrar confusiones con los hospitales públicos o clínicas universitarias.

Art. 52

Autorización para abrir clínicas privadas *Infracciones*

Cualquiera que desee abrir una clínica privada o ampliar o transformar una ya existente debe pedir permiso al médico provincial, indicando la naturaleza de la actividad sanitaria que piensa desarrollar, las condiciones higiénico-sanitarias y el número de camas que piensan instalarse.

A la petición deben acompañar los planos de los locales y el reglamento sobre coordinación y funcionamiento de la clínica privada que se desea construir, el cual debe prever entre otros, un servicio continuo de guardia médica.

El médico provincial, oído al Consejo Provincial de Sanidad, expide la autorización correspondiente, en base a las exigencias higiénico-sanitarias y a las otras condiciones previstas por la ley.

El proyecto para la construcción, ampliación y transformación de las clínicas privadas deben ser aprobados por el médico provincial, oído al Consejo Provincial de Sanidad.

El médico provincial, oído al Consejo Provincial de Sanidad en caso de incumplimiento de las disposiciones de la presente ley y de las condiciones insertas en el permiso de autorización, puede notificar a la clínica privada su exclusión dentro de un plazo proporcionado que constará en el acta de notificación, transcurrido el cual ordena el cierre de la misma, hasta tanto no sean removidas las causas que han determinado tales medidas.

En caso de repetidas infracciones a la presente ley, el médico provincial, salvo lo dispuesto en el precedente párrafo, puede revocar la autorización de apertura, después de oír al Consejo Provincial de Sanidad.

Art. 53

Director médico responsable *Convenios*

Cada clínica privada debe tener un director médico responsable al cual le está prohibida toda actividad de diagnóstico y cuidados en la misma cuando esté dotada de más de 150 camas, el cual responde personalmente ante el médico provincial de la organización técnico-funcional y de la buena marcha de los servicios higiénico-sanitarios.

A él corresponde establecer los turnos de servicio de guardia médica y adopta las medidas oportunas en caso de que surjan enfermedades infecciosas sujetas a denuncia, informando inmediatamente al médico provincial y al oficial sanitario competente.

Todo convenio entre las clínicas privadas y los centros o institutos de mutuas y seguros para la hospitalización de los inscritos está sujeto a aprobación del médico provincial, el cual determina por decreto, oído al consejo provincial de sanidad, después de haberse cerciorado, que la clínica privada posee los requisitos higiénico-sanitarios para asegurar una adecuada asistencia sanitaria en régimen de mutuas y seguros y la idoneidad para resolver satisfactoriamente las demandas de los convenios.

Los centros públicos y los institutos de mutuas y seguros pueden realizar convenios para la hospitalización de los propios inscritos con las fundaciones y asociaciones a que

se refiere el cuarto apartado del artículo 1 no reconocidas como centros públicos hospitalarios, así como con los institutos y los centros indicados en el quinto apartado del artículo 1, previo reconocimiento por el médico provincial de la existencia de los requisitos exigidos por el párrafo anterior.

Título VIII

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Art. 54

Institución, reconocimiento y concentración *de centros hospitalarios y otras normas transitorias*

Mientras no sean constituidas las Regiones mediante estatuto ordinario y los territorios de las mismas, las medidas de competencia del presidente de la Región previstas en los artículos 4, 5, 6 y 17 son adoptadas por el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro del Interior para las medidas a que hacen referencia los artículos 4, 5 y 17 y con relación a las medidas indicadas en el artículo 6, ateniéndose a las indicaciones contenidas en los planes regionales hospitalarios en armonía con el plan nacional hospitalario transitorio; la escritura de aprobación a que se refiere el artículo 9, apartado décimo, compete al Ministro de Sanidad; la clasificación de los hospitales prevista en el artículo 19 es competencia del médico provincial, oído al consejo provincial de sanidad; y el representante de la región en el consejo de revisores previsto en el artículo 12 es sustituido por un representante de la provincia, donde radica el centro hospitalario.

Art. 55

Normas sobre la administración *de los centros hospitalarios*

Dentro de dos años a la fecha de entrada en vigor de la presente ley, el Gobierno de la República, oído el parecer de una comisión parlamentaria compuesta de diez diputados y de diez senadores, es el encargado de dar mediante decreto con valor de ley formal las normas fundamentales sobre administración y contabilidad del centro hospitalario, integrando y coordinando las disposiciones contenidas en la ley del 17 de julio de 1890, n. 6972, y en el respectivo reglamento de ejecución de que trata el real decreto del 5 de febrero de 1891, n. 99, y en las sucesivas modificaciones y en aquellas contenidas en el real decreto de 3 de marzo de 1934, n. 383, con las normas contenidas en la presente ley, buscando la consecución de una efectiva autonomía así como la salvaguardia de las propias competencias y las relaciones entre los centros hospitalarios a constituir y el Estado, las Regiones, las Provincias y los ayuntamientos, dejando, de todos modos, sin prejuzgar la competencia legislativa del centro regional.

Art. 56

Administración del centro hospitalario

En lo que no dispone la presente ley, se aplican a los centros hospitalarios las normas contenidas en la ley del 17 de julio de 1890, n. 6972 y en las sucesivas modificaciones, en el real decreto de 5 de febrero de 1891, n. 99

y en el real decreto de 3 de marzo de 1934, n. 383, en cuanto sean compatibles con las normas contenidas en la presente ley, entendiéndose que sustituye al prefecto, vice prefecto o Prefectura, el médico provincial.

Mientras no entren en función los órganos de control previstos en el capítulo tercero del Título V de la ley del 10 de febrero de 1953, n. 62 la vigilancia de los centros hospitalarios corre a cargo del médico provincial en la forma y modalidad previstas en la ley del 17 de julio de 1890, n. 6972, y en el real decreto de 5 de febrero de 1891, n. 99 y la inspección de mérito es ejercida, a norma del precedente artículo 16, último apartado, por un comité provincial para la asistencia hospitalaria, presidido por el médico provincial y compuesto de cinco representantes de la provincia y de un representante del ayuntamiento cabeza de partido de la provincia elegidos del modo previsto para los representantes de los mismos centros en el comité provincial de asistencia y beneficencia y además de un representante de la Administración del interior, de obras públicas y del trabajo de la provincia, designados respectivamente por el prefecto, por el ingeniero jefe del cuerpo de ingenieros civiles y por el Director de la Oficina provincial de trabajo. Realiza funciones de secretario un funcionario de la carrera directivo-administrativa del Ministerio de Sanidad.

Para las Regiones no constituidas aún, los seis miembros a que alude el apartado 1) del primer párrafo del artículo 9 son designados por el Consejo provincial de la provincia donde radica el centro hospitalario.

Art. 57

Gestiones financieras de las actividades que no son hospitalarias

Para el período que corre entre la entrada en vigor de la presente ley y el nombramiento del comisario para la gestión provisional a que se refiere el apartado sexto del artículo 5, los centros públicos a que alude el segundo apartado del artículo 3 deben llevar una gestión propia para las actividades que no sean hospitalarias, a las cuales no pueden destinarse los medios financieros previstos en el Título V de la presente ley.

Art. 58

Financiación de las construcciones y del mobiliario hospitalario

Hasta tanto no sean constituidas las Regiones con Estatuto ordinario, el Ministro de Obras Públicas de acuerdo con el Ministro de Sanidad, en base a las previsiones contenidas en el plan nacional hospitalario y en el plan regional hospitalario, concede a los centros hospitalarios las asignaciones previstas en la ley del 3 de agosto de 1949, n. 589 y en la ley del 30 de mayo de 1965, n. 574, en los límites establecidos por ésta.

Art. 59

Traslado del personal dependiente de los centros públicos al nuevo centro hospitalario

El personal sanitario de asistencia inmediata y auxiliar, el personal administrativo, de contabilidad, de mecanografía, de archivo, de orden, subalterno, y de servicio en los hospitales a que alude el segundo apartado del artículo 3,

pasa a las dependencias del centro hospitalario quedando encuadrado en las respectivas tareas, conservando en todo caso la situación jurídica y económica adquirida en el momento del traslado.

El traslado viene dispuesto por decreto del médico provincial de acuerdo con las respectivas administraciones.

Art. 60

Composición transitoria del comité nacional de programación hospitalaria

Para las Regiones no constituidas aún, los miembros de que trata la letra a) del artículo 28 son sustituidos por los presidentes de los comités regionales para la programación hospitalaria a que alude el artículo 62.

Art. 61

Plan nacional hospitalario transitorio

Hasta que no se constituyan las Regiones con estatuto ordinario y limitándose a los territorios de las mismas Regiones, los objetivos y los criterios de que tratan los artículos 26 y 27 son establecidos por decreto del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Educación, en materia de su incumbencia.

El plan nacional hospitalario transitorio es elaborado siguiendo la ley de programación y de acuerdo con las indicaciones de cada comité regional para la programación hospitalaria, por el Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Economía, del Tesoro, de Obras Públicas y de Educación, oído el parecer del comité nacional para la programación hospitalaria, conformándose a las directrices del programa económico nacional y a los principios de la presente ley, así como, por cuanto se refiere a los territorios meridionales, a las directrices del plan de coordinación y con la cláusula de investidura según la ley del 26 de junio de 1965, n. 717. El plan se somete a aprobación del Comité interministerial de programación económica.

El plan nacional hospitalario transitorio establece también los criterios para la distribución en el territorio de las Regiones con estatuto especial, de los medios de financiación que el Estado destina para la construcción de nuevos hospitales, para ampliación, transformación y modernización de los ya existentes y para la adquisición del mobiliario.

Art. 62

Comité regional para la programación hospitalaria

Para los territorios de las Regiones todavía no constituidas, el comité regional para la programación hospitalaria, a instituirse en cada ciudad principal de Región a norma de los siguientes apartados del presente artículo, elabora dentro de los seis meses de su constitución, un plan regional de hospitalización de duración no superior a la del programa económico nacional, oído al comité regional para la programación económica y consultados los comités provinciales a que hace referencia el artículo 30 de la presente ley. Dicho plan es aprobado por decreto del Ministro de Sanidad de acuerdo con el Ministro de Economía.

El plan previsto en el precedente apartado, de acuerdo con los fines y criterios establecidos en el plan nacional hospitalario transitorio, señala, para el territorio regional,

la posibilidad de creación de nuevos hospitales, ampliación, transformación, modernización y supresión de los ya existentes en relación con la necesidad de camas para agudos, crónicos y convalecientes, con la eficacia del montaje de los mismos y de las condiciones ambientales higiénico-sanitarias de la población.

El plan determina, además, el campo de acción de cada hospital en relación con los que están en activo en la Región y con la red de presidentes médicos locales.

El plan prevé por lo menos la existencia de un hospital general de zona con capacidad de servir a una población de 25.000 a 50.000 habitantes, de un hospital general provincial con capacidad de atender a una población de 400.000 habitantes y de un hospital regional para cada región.

El plan prevé la constitución de nuevos centros hospitalarios, la fusión y concentración de los ya existentes en relación con las exigencias a que se refiere el párrafo anterior y teniendo en cuenta también los criterios más económicos en la gestión.

Ningún organismo público podrá erigir nuevos centros hospitalarios que no estén previstos en el plan.

Igualmente no podrá realizarse ninguna obra de construcción, ampliación, transformación o modernización si no está prevista en el plan, quedando firmes las normas a que hacen referencia los artículos 26, 27 y 29 para la construcción de obras destinadas a hospitalización y cuidado por parte de la Universidad y de los Centros e institutos eclesiásticos previstos en el último apartado del artículo 1.

El comité regional para la programación hospitalaria se compone:

a) de tres consejeros de cada administración provincial de la Región, dos en representación de la mayoría y uno en representación de la minoría elegidos por el respectivo Consejo provincial;

b) de un representante de la administración comunal de partido de provincia, elegido por el consejo comunal;

c) de tres representantes de la Administración hospitalaria designados por las asociaciones de la misma categoría;

d) de un representante de los institutos y centros de los que trata el quinto apartado del artículo 1;

e) de tres representantes designados por las organizaciones sindicales de los laboratorios más representativos de la Región;

f) de cuatro representantes de los médicos hospitalarios, de los cuales tres designados por las organizaciones sindicales más representativas y uno designado por la Federación del Colegio de Médicos;

g) de los médicos provinciales de la Región;

h) del proveedor Regional de obras públicas;

i) de un inspector médico del Inspectorado regional de trabajo;

j) de tres representantes de los centros de mutuas;

k) de dos representantes de la facultad de medicina y cirugía de la Universidad existente en la región;

l) de un representante de las clínicas privadas elegido por las respectivas asociaciones de la misma categoría.

El Comité elige al Presidente del propio seno.

El Comité se nombra, dentro de los 40 días de la entrada en vigor de la presente ley, por decreto del Ministro de Sanidad y dura en su cargo 4 años.

Art. 63

Normas transitorias referentes a las prácticas obligatorias

Quedan abrogadas las normas relativas a las prácticas obligatorias semestrales de que trata la tabla XVIII aneja al real decreto del 30 de septiembre de 1938, n. 1652, y toda otra disposición diversa o contraria, salvo lo previsto en el siguiente apartado.

Las disposiciones de la presente ley no se aplican a aquellos que han cumplido ya las prácticas obligatorias semestrales de acuerdo con las normas de la tabla XVIII del real decreto de 30 de septiembre de 1938, n. 1652, o que hayan conseguido la licenciatura en medicina o cirugía dentro del año académico 1968-69. Estos últimos, sin embargo, pueden ser admitidos, si lo desean a realizar las prácticas obligatorias según las normas de la presente ley.

Art. 64

Normas transitorias referentes a los médicos no residentes

Las normas de los artículos 40 y 43 deben considerar atentamente, dada su peculiar naturaleza, los servicios prestados por los adjuntos y por los asistentes que no son de turno, hospitalarios y universitarios, actualmente en servicio de turno o extraordinario, voluntario o comisionado, al objeto de la evaluación en los concursos, que serán clausurados dentro de tres años de la fecha de entrada en vigor de las normas de los artículos 40 y 43.

Art. 65

Transformación de los institutos públicos de hospitalización y cuidados

Los centros hospitalarios reconocidos y constituidos a tenor de la presente ley de los que dependan institutos de hospitalización y cuidados y enfermerías que no posean los requisitos para ser clasificados entre los hospitales previstos en el Título III, pueden obtener, a petición, y siempre que el plan regional hospitalario reconozca la oportunidad y posibilidad desde el punto de vista técnico-sanitario, lógico y territorial, la autorización del médico provincial para transformarlos dentro de ocho años en uno de los tipos de hospital previstos en la presente ley.

Los institutos de hospitalización y cuidados y enfermerías, para los que no se reconoce tal oportunidad y posibilidad de transformación no podrán ejercer la actividad hospitalaria a partir de un año de la entrada en vigor del plan regional.

Los centros hospitalarios a que se refiere el presente artículo son equiparados, al objeto de constitución del consejo de administración, a los centros hospitalarios que comprenden hospitales de zona.

Art. 66

Extensión de las disposiciones sobre el mantenimiento en servicio previsto por la ley de 10 de mayo de 1964, número 336

Las disposiciones a que se refiere el artículo 6 de la ley del 10 de mayo de 1964, n. 366, relativas al mantenimiento en servicio hasta cumplir los 70 años de edad a los sobrintendentes, y directores médicos, a los directores de far-

macia y de los primarios de hospital, se aplican también a dicho personal que ha sido trasladado sucesivamente de un hospital a otro de categoría igual o superior.

Art. 67

Regiones con estatuto especial

Las Regiones con estatuto especial, a excepción de las que tienen potestad legislativa primaria en materia sanitaria, deben adecuar la propia legislación en materia sanitaria a los principios establecidos en la presente ley y en la ley de programación de que trata el artículo 26.

Art. 68

Duración en el cargo de los consejos existentes de administración

Hasta el momento de constitución de los nuevos consejos de administración de los centros hospitalarios, permanecen en su cargo los consejos de administración existentes a la entrada en vigor de la presente ley.

Art. 69

Pío Instituto del Santo Espíritu y Hospitales Reunidos de Roma

Todas las disposiciones de la presente ley se aplican al Pío Instituto del Santo Espíritu y a los Hospitales Reuni-

dos de Roma. No obstante, mientras no se constituyan las Regiones con estatuto ordinario, permanecen en vigor las actuales normas relativas a los órganos de vigilancia y de tutela, a la forma de realizar el control y a los actos sometidos a control.

Art. 70

Disposiciones financieras

Las cantidades a que alude el tercer apartado del artículo 33 que no hayan sido empleadas o empeñadas en el ejercicio de 1967, pueden ser empeñadas y utilizadas en los tres ejercicios sucesivos, derogando lo dispuesto en el artículo 1 de la ley del 27 de febrero de 1955, n. 64.

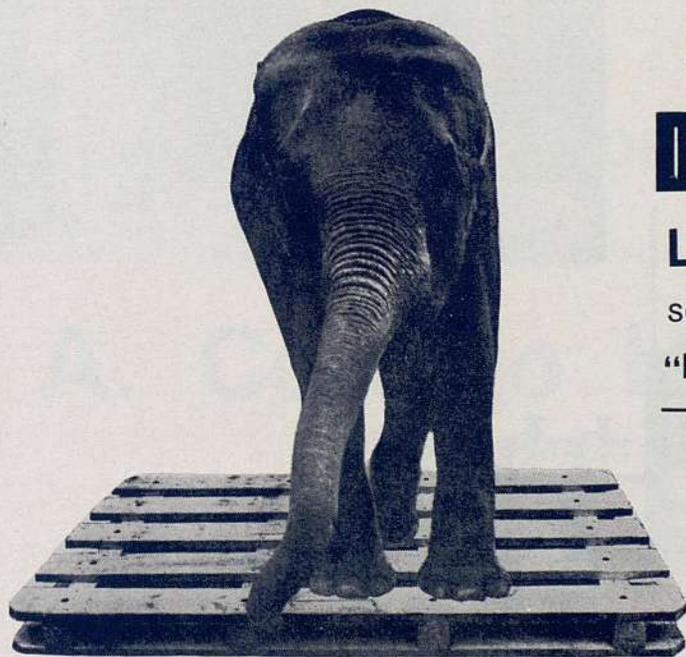
El Ministro del Tesoro está autorizado a proveer mediante decretos propios las variaciones que ocurran en los presupuestos.

Art. 71

Abrogación de normas incompatibles

Quedan abrogadas todas las disposiciones incompatibles con las normas de la presente ley.

Mientras no se publiquen las normas a que se refiere el artículo 40 continuarán en vigor siempre que no estén en contraste con la presente ley, las disposiciones contenidas en el real decreto de 30 de septiembre de 1938, n. 1631, y las sucesivas modificaciones.



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo

"Recommandation ISO"

más sólidas

(pino pirineo)

más duraderas

(ensamblaje con clavos de torsión)

más económicas

Medidas Standard y especiales

|| palettes ||



Solicite información a:

JOSE TORRES GAMBON

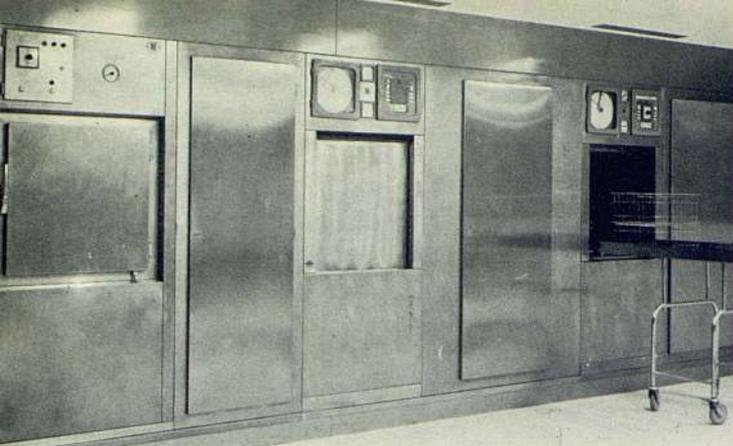
maderas - carpintería - embalajes

Rubio y Ors, 13 al 25

Tel. 377 00 90

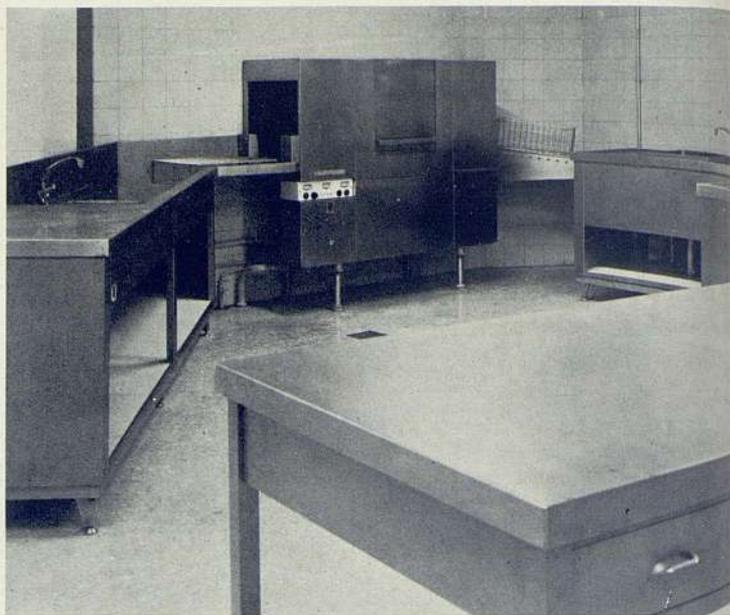
Cornellá (Barcelona)

Miembro de la
Fédération Européenne
de la Manutention " F. E. M. "



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

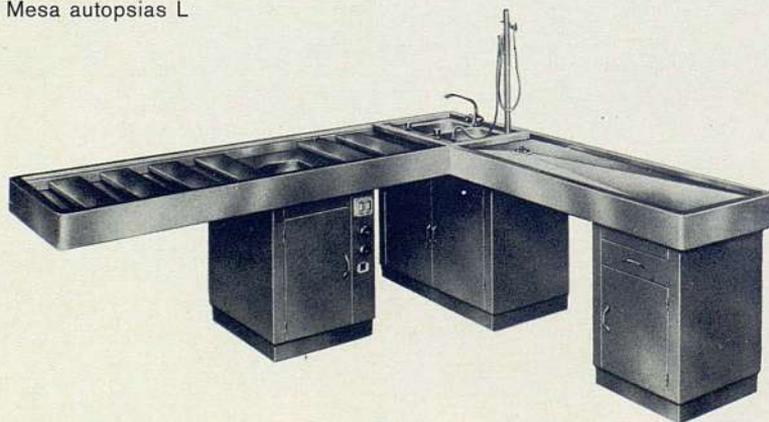
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberonerías
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado
- Esterilizado
- Almacenaje de cuñas



Entrega de:

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

Mesa autopsias L



Lavador de cuñas



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

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

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja de Ahorros Confederada

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



OFICINAS EN:

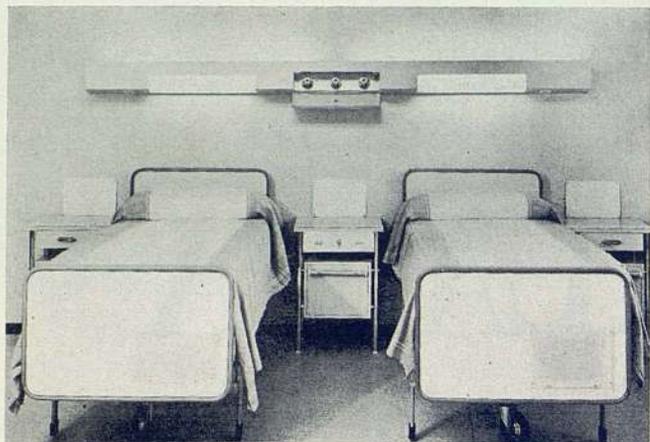
Cardenal Tedeschini, 55
Viladomat, 247-249
P.º Zona Franca, 182-184
Provenza, 391
Lauria, 20

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

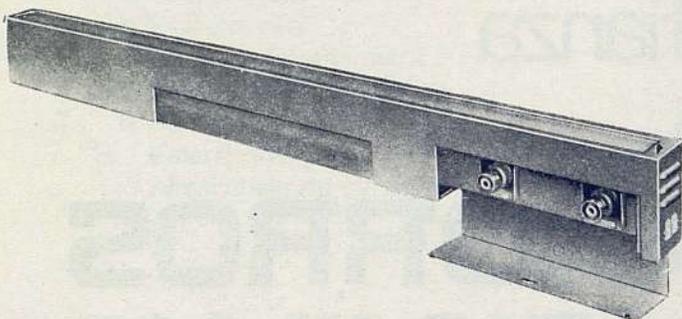
Virgen de Lourdes del 5 al 11
esq. Viña Larga (Trinidad Vieja)
Avda. 27 de Enero
(esq. Gral. Mola) PREMIA DE MAR
Avda. Alfonso XIII
(esq. San Lucas) BADALONA

ahorrar, es la mejor forma de cubrir su futuro

pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

CON INCORPORACION DE:

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

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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



Tipo PL - 165

DIVISION MEDICA

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

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



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

panhos s/a

ROSELLON, 231 - BARCELONA - 8

TELS. 307 37 58
308 31 54

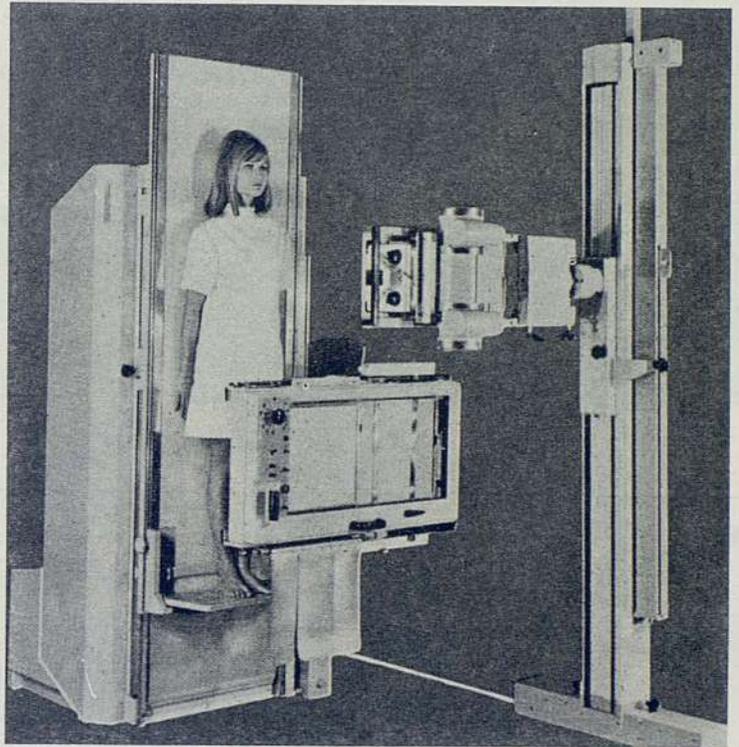
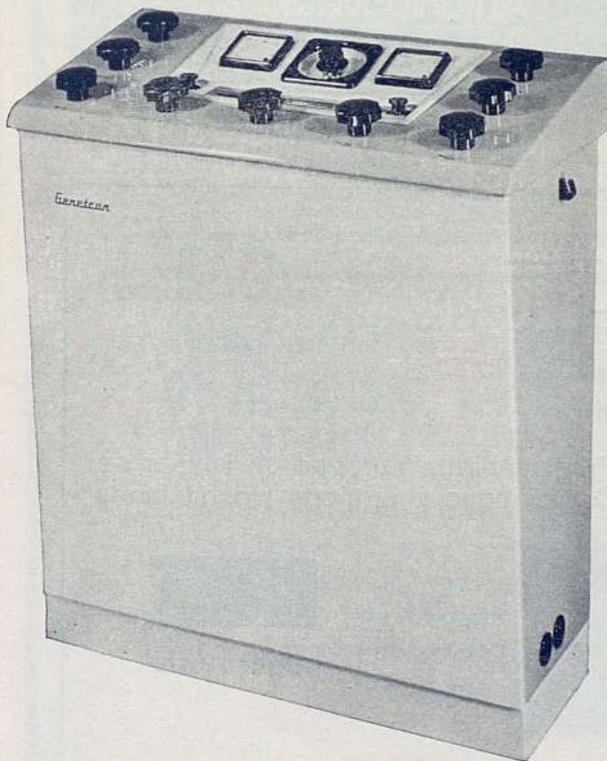
POR FIN...

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

GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

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



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUÑA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

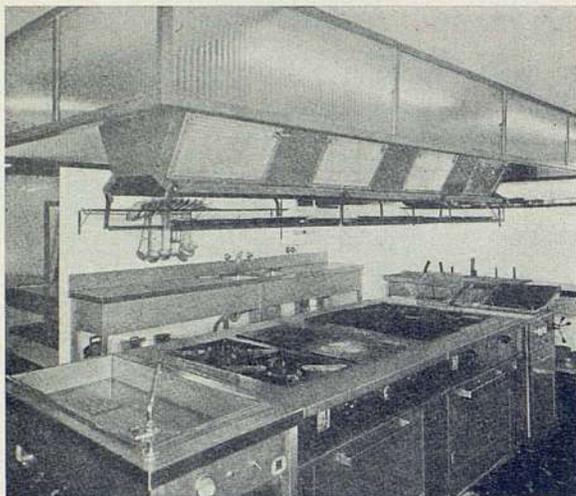
Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

HOSTELERIA

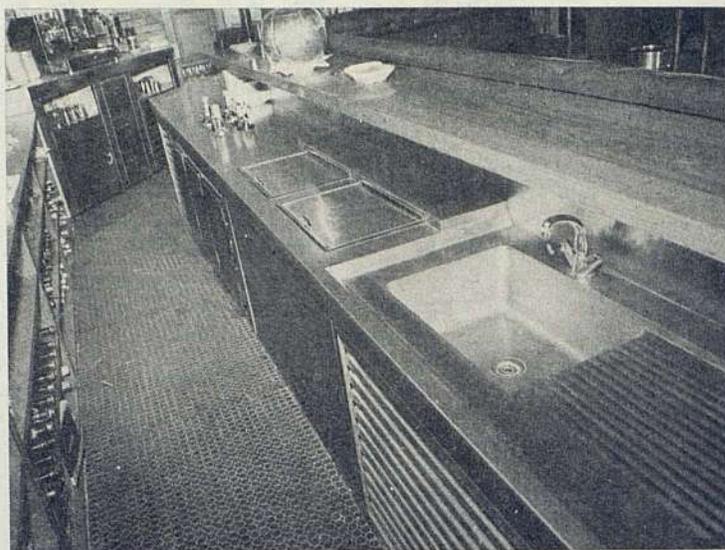
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

Servicio cocinas



Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

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



MAQUET

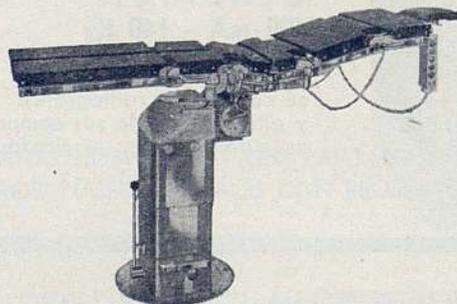


RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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



Electromedicina

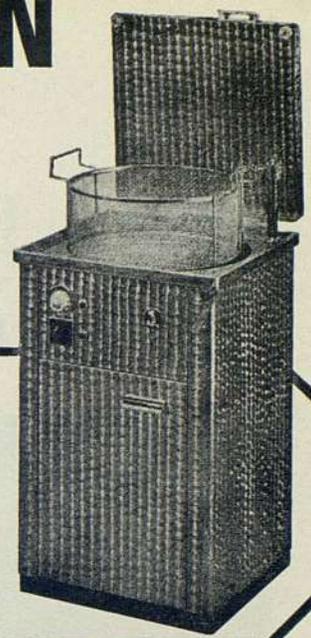
FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

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

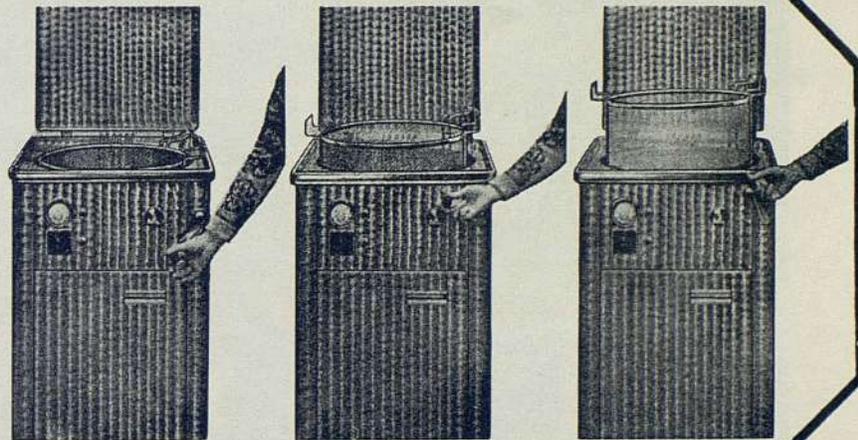
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

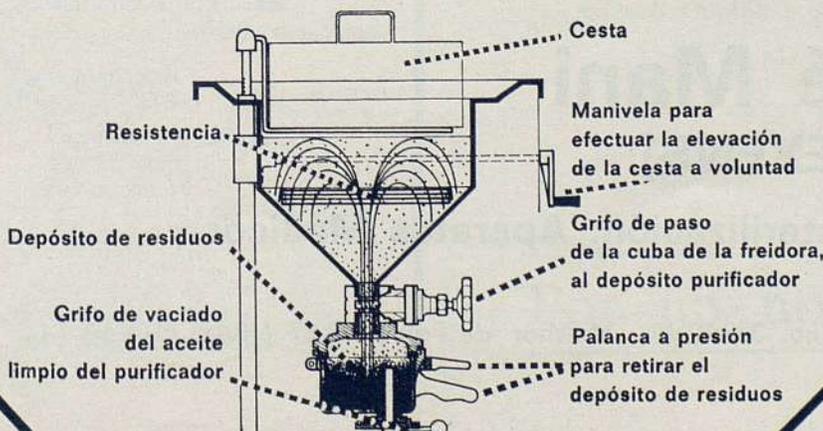
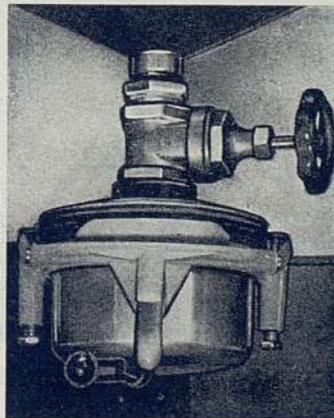
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



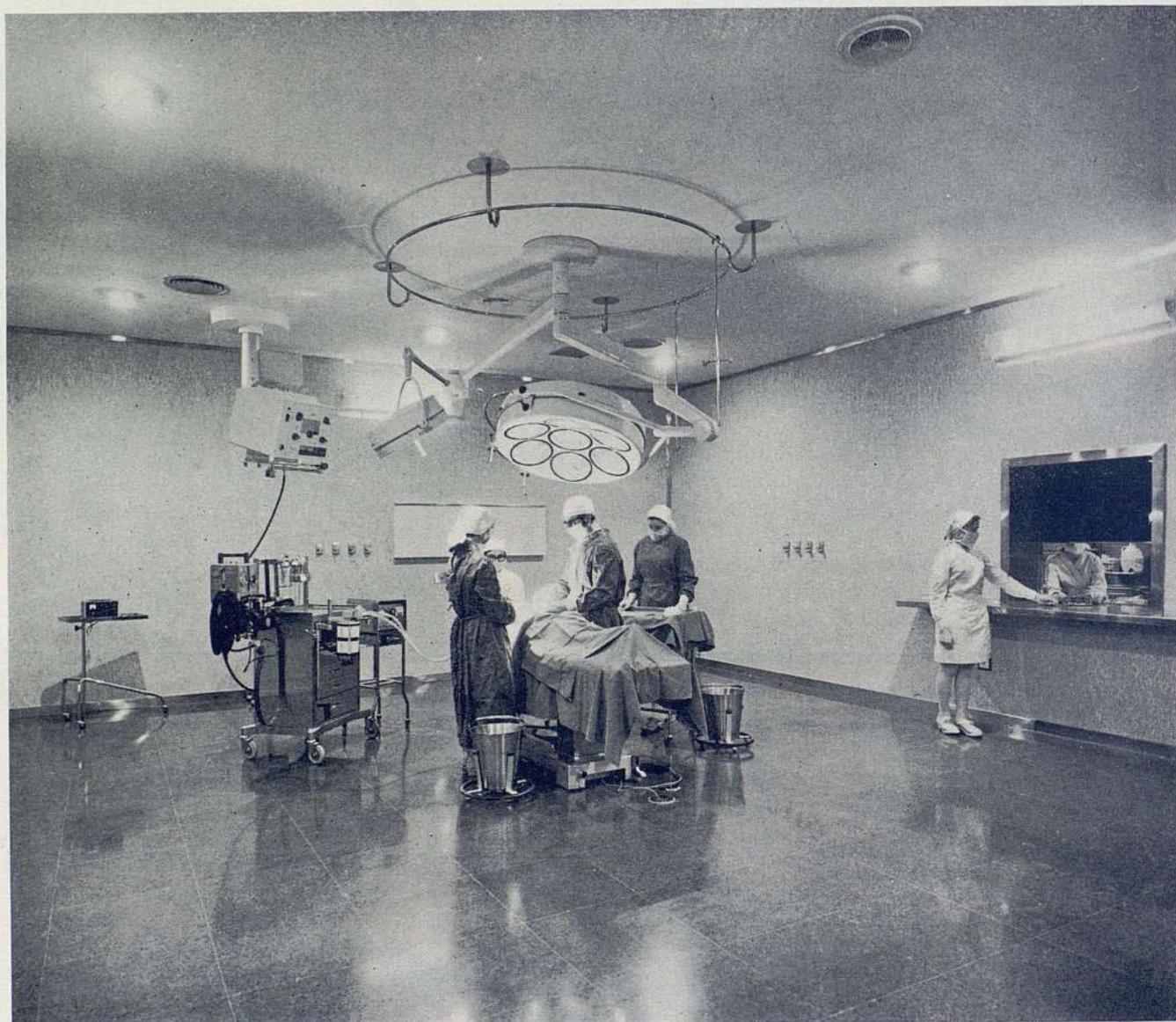
*Una amplia gama de capacidades y especialidades para atender todas las necesidades del mercado.

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado
Don
Domicilio
Población
Provincia



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

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

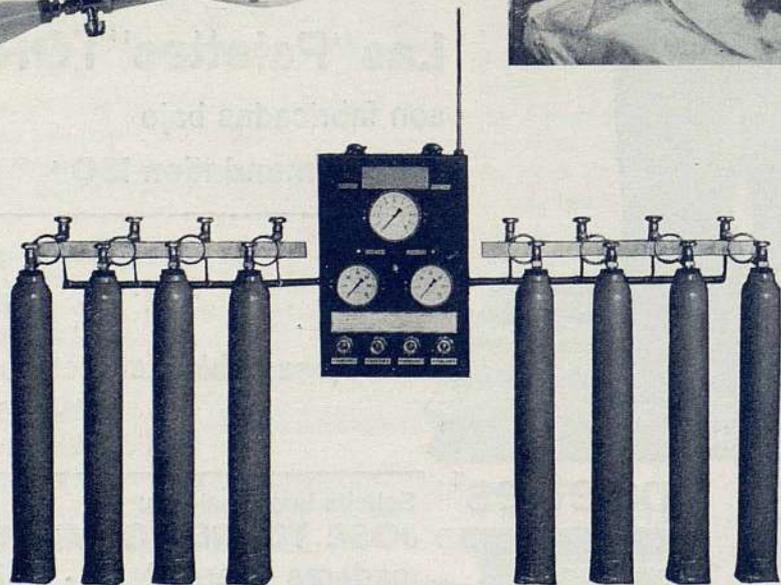
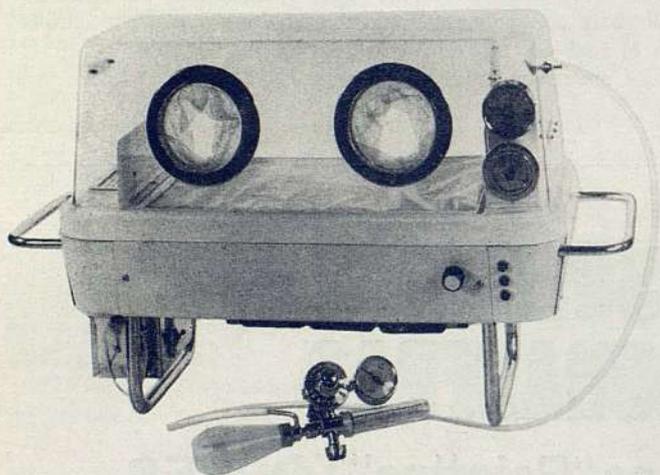
Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14



OXIFAR, S. A.

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

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



NUESTRAS REALIZACIONES EN TODO EL AMBITO NACIONAL, PRESTIGIAN NUESTROS PRODUCTOS

Solicite información y
Presupuestos
sin compromiso

● BARCELONA
Enamorados, 136
Tel. 225 82 60

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

● ZARAGOZA
Baltasar Gracián, 7
Tel. 25 72 53



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B
TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62
BARCELONA (10)

Foncuberta

Córcega, 242, entlo. - Tel. 218 23 72
BARCELONA (11)

Gral. Pardiñas, 71, 3º G
MADRID (6)

A. B. STILLE WERNER INSTRUMENTAL QUIRURGICO, MESAS OPERACIONES, ETC.

DOWN BROS INSTRUMENTAL ESPECIAL PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
MICROCIRUGIA
PROTESIS PARA OIDO INTERNO DE TEFLON Y POLIESTER
LUZ FRIA
APARATO PARA «TEST» GRAN CALORIC

SYNTHE MATERIA PARA LA OSTEOSINTESIS E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION
DE LA MISMA, TECNICA A.O. (PROFESOR MULLER)

PROTEK AG PROTESIS TOTALES E INSTRUMENTAL PARA LA APLICACION DE LAS MISMAS
(PROFESOR MULLER)

A. P. I. N. M. A.

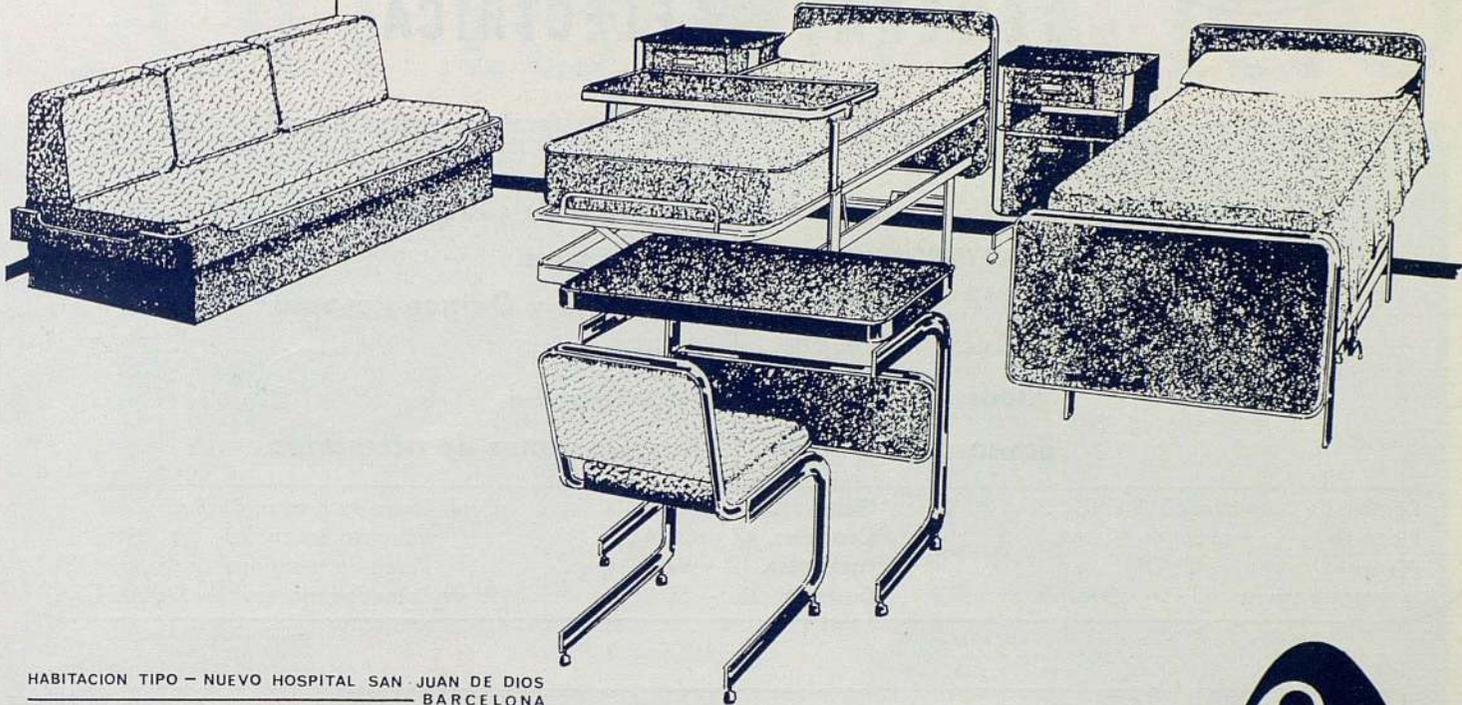
APLICACIONES INDUSTRIALES DE LA MADERA

SOCIEDAD LIMITADA

OBRAS - DECORACION - VENTANAS GUILLOTINA
ESCALERAS Y BARANDILLAS HELICOIDALES

*

Enamorados, 99-103 BARCELONA 13 Teléfonos 226 12 54
225 52 93



HABITACION TIPO - NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
BARCELONA

mobiliario clinico



CAMAS ARTICULADAS
CAMAS HIDRAULICAS
COLCHONES ARTICULADOS
MESILLAS DE NOCHE
CAMAS DE ACOMPAÑANTE
SILLAS
ALMOHADAS

COLABORANDO CON LOS CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES, FLEX CREA LO MEJOR



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

**GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA**

Ofrece:

Equipos Radiológicos para
exámenes convencionales y
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1 - GIJON

General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4

Cuarteles, 47 - MALAGA

Apóstoles, 17 - MURCIA

Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS

Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11

Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID

P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.



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

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

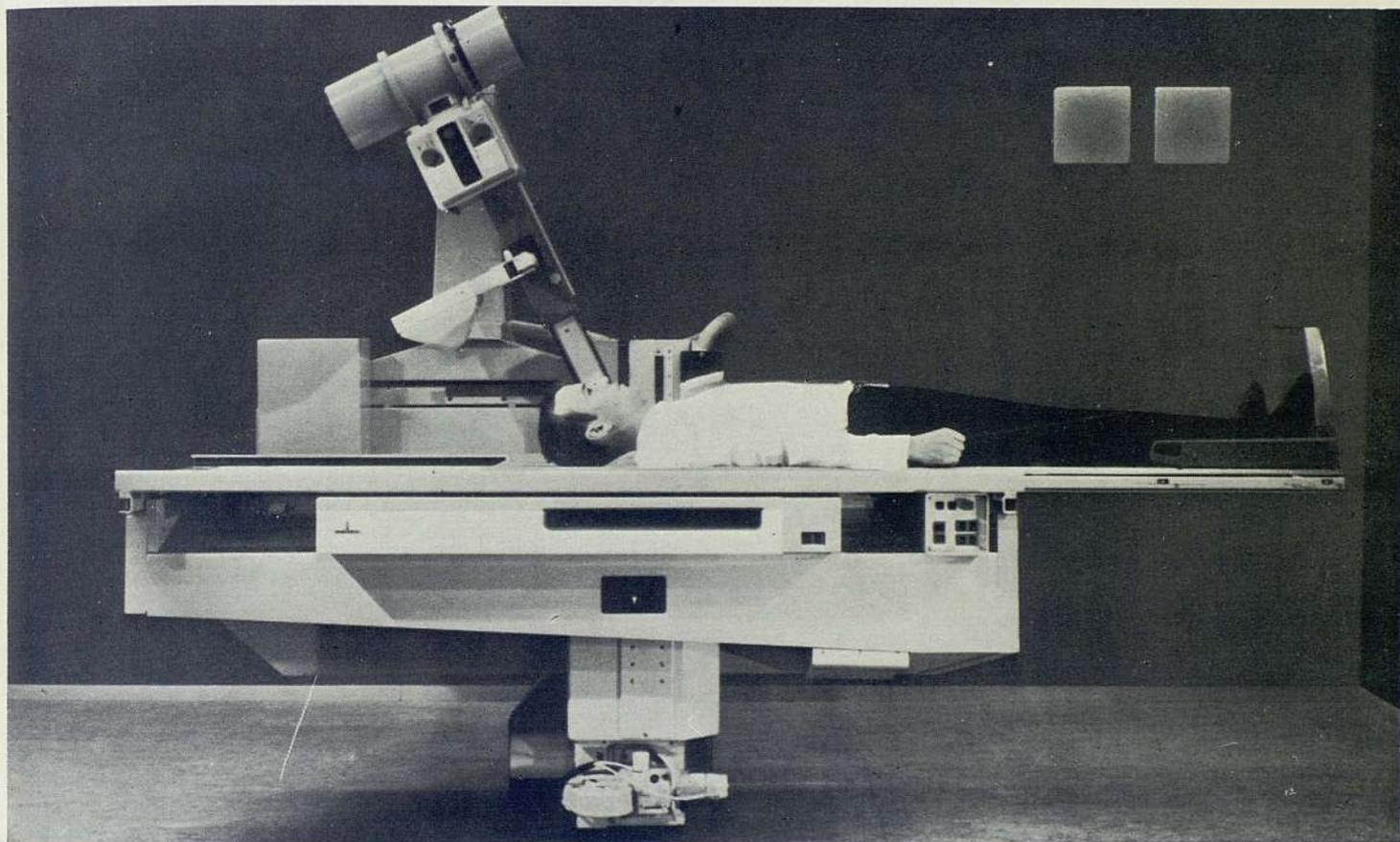
Teléfono 219 92 41

Barcelona 3



SIEMENS

Con telemando



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

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

Una de sus muchas ventajas:

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

Equipo de exploración radiológica
con telemando,
para exigencias máximas

SIREGRAPH

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

PERADEJORDI, S. A.

EMPRESA CONSTRUCTORA



NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - BARCELONA

FUNDADA EN 1946

OBRAS PÚBLICAS, INDUSTRIALES Y URBANAS

Caspe, 26, 3.º, Dpcho. 33

Teléfono 2223096

Barcelona 10